

厚生労働省

平成22年度障害者総合福祉推進事業

指定課題24

# 障害児施設のあり方に関する調査

## 報告書

財団法人 日本知的障害者福祉協会

## はじめに

財団法人日本知的障害者福祉協会では、平成22年度障害者総合福祉推進事業 指定課題24の「障害児施設のあり方に関する調査」が障害児関係の発達支援部会が長年にわたる実態調査や施設のあり方研究の成果を発展させるために申請して取り組むこととした。障害児支援に関して知的障害児を中心とする療育や施設運営に関する積み上げてきた経験を基に、平成20年の「障害児支援の見直しに関する検討会」において積極的に発言・提言をしてきたところであり、それを基に平成21年、国会に上程された障害者自立支援法の一部改正案の中に児童福祉法改正案が提案されていた。この法案が廃案となり、障害者福祉サービスに関しては障害者自立支援法を廃止して、新たな総合福祉法を制定するとして、平成22年当初から内閣府に障害者制度改革推進会議が設置され、そのもとに各論的検討のために総合福祉部会が設けられ検討が進んでいる。障害児支援についても合同作業チームが設けられ、児童福祉法を根拠法として検討が行われている。これらの経緯の中で廃案となった障害者自立支援法の一部改正案が名前を変えて平成22年12月3日に成立をみた。そのため障害児施設の一元化、満20歳以上の在所延長規定の廃止、通所施設の実施主体の市町村移管等の当初案と同様の内容が平成24年4月1日から施行されることとなった。

本研究開始当初は、法案で示された障害児施設のあり方について再度吟味して、変更等の時間的余裕があるとの思いで、実態等を把握する内容の調査票を作成して進めてきた。しかし、調査結果の分析・考察については、児童福祉法改正案が12月3日に可決したことを受けて、改正内容の平成24年4月1日施行に向けて障害児施設の現実的な課題の検証に重点をおいて進めていくことになった。

本研究の目的は、障害児が乳幼児期から児童期全般を通してより良く育つ、発達の保障に向けたニーズと支援のあり方に関して、障害児のための通所・入所施設の実態を調査して、今後の支援体制の方向性を明らかにすることにある。調査の対象とした障害児の各種別施設の実態を総合的に把握することは、過去の研究等においても事例が少ないことから関係する施設の方々にも参加を得て検討してきた。障害児施設の類型では知的障害関係施設が多いことから、それを中核にして、それぞれの施設種別の実態を考察しつつ、今後に向けた方向性や課題についての提案を取りまとめた。身近な地域の発達の気になる子どもも含めた療育資源として機能を発揮するために障害児施設の一元化等の今後のあり方や、平成24年4月に施行される新たな障害児施設の運営に関する基準や最低基準（設備体系・人員基準）等に向けて本研究が有効な資料となることを願っている。

最後に、本研究の企画や調査にご協力いただいた関係各位の皆様には厚くお礼を申し上げますとともに、今後とも本会活動に対するご理解ご協力をお願い申し上げます。

平成23年3月

財団法人 日本知的障害者福祉協会  
会 長 中 原 強

# 目 次

はじめに	i
I 研究事業の概要と提言	5
II 福祉型障害児入所施設の部	
A 調査概要	19
B 調査結果概要	19
1. 施設の基本状況	19
2. 児童の状況	24
3. 施設・設備・人員について	36
4. 支援体制	42
5. 相談支援・在宅支援体制	46
6. 在所延長に関する問題	49
7. 障害児施設の一元化等に向けて	52
8. 自由記述意見	55
C 福祉型障害児入所施設の現状及び課題の報告	63
D 調査結果の考察及び提言に向けて	100
III 障害児通園施設の部	
まえがき	117
第1章 通園関係施設の現状と課題	119
1. 知的障害児通園施設	119
2. 肢体不自由児通園施設	121
3. 難聴幼児通園施設	124
4. 児童デイサービス事業	127
第2章 通所支援への提言	130
1. 通所支援提供施設等の構成	130
2. 通所支援事業における基本的な内容	133
3. 児童に特化した相談支援の在り方	143
4. これからの児童発達支援に向けて	145
5. おわりに	148
第3章 通園施設・事業所における調査結果	150
A 調査概要	150
B 調査結果概要	150
1. 施設の状況	150
2. 児童の状況	155

3. 併行通園の状況	161
4. 親子通園の状況	162
5. 家庭の状況	164
6. 職員及びクラス編成	164
7. 平成21年度 未契約児童を対象とした支援事業について	169
8. 関係機関との連携	176
9. 子育て支援・地域支援について	181
10. 建物の状況	186
11. 一元化に向けた課題	187
自由記述回答の取りまとめについて	189
資料	
調査票様式	195
・障害児入所型施設調査票	
・障害児通園施設関係調査票	

# I 研究事業の概要と提言

## I 研究事業の概要と提言

### 1. 概要

平成22年障害者総合福祉推進事業

指定課題24 「障害児施設のあり方に関する調査」の研究事業概要

事業実施主体 財団法人 日本知的障害者福祉協会  
 事業責任者 会長 中原 強  
 研究事業申請予算 5,219,000 円  
 研究事業期間 平成23年3月31日まで

#### 1. 研究事業の運営体制

##### (1) 検討委員会

本年の事業要綱において、「外部有識者を含めた検討委員会を設置し、定期的に事情の評価や助言を受けること。」から事業申請において以下の方に検討委員会の委員を委嘱した。

##### ○検討委員会の委員名簿（順不同：敬称略）

氏名	所属
柏女霊峰	淑徳大学
船越知行	目白大学
加藤正仁	うめだあけぼの学園
宮田広善	ルネス・花北
湯浅民子	ひまわり学園
今村鎮夫	横浜訓盲院
君塚 葵	心身障害児総合医療療育センター

##### (2) 研究担当委員会

本調査研究の実務を遂行するため事務局に研究委員会を設けた。

##### ○研究委員会体制

研究委員会 委員長 田中 齋（協会発達支援部会長・副会長）

副委員長 米川 晃（協会発達支援部会副会長、通園施設・児童デイ分科会座長）

水流純大（協会児童施設分科会副座長）

事務局経理責任者 今井政之事務局長

## ○事務局：研究委員会の委員名簿（順不同：敬称略）

事業担当者	氏名	所属	施設類型
研究委員	田中 齋	桐友学園	知的入
	米川 晃	柏学園	知的通
	水流純大	あさひが丘学園	知的入
	滝沢良一	柿が丘学園	知的通
	内山 勉	富士見台聴こえとことばの教室	難聴通
	武田 満	こまくさ学園	知的通
	岸 良至	こぐま学園	肢体通
	加藤 淳	発達センターちよだ	児童デ
	山崎陽司	三方原スクエア	知的入
	高野康彦	三田谷学園	知的入
	塘林敬規	大江学園	知的入
	三島卓穂	弘済学園	自閉
	濱崎久美子	金町学園	ろうあ
	伊達直利	旭児童ホーム	児童養
事務局	今井政之	経理責任者	事務局長
	飯野淳子	事務担当	部会担当
	古屋貴邦	経理担当者	経理

## 2. 研究事業の具体的内容

## (1) 研究目的

研究目的は「指定課題24」 補助金交付申請において以下の目的をあげている。

「日本知的障害者福祉協会で実施している毎年の知的障害児通園施設及び知的障害児施設の実態調査を基礎として障害児通園施設、障害児入所施設の現状、療育体制の実態を調査し、障害児施設の一元化、家族支援等に向けたあり方、今後に向けた施設の人員配置数・職種、設備、実施主体等の懸案となる課題に関して今後のあり方の方向性を明らかにする。」

## (2) 調査対象及び回答結果

調査は、障害児通園施設系と障害児入所施設系に大別して実施する。

## ①通園施設系の回答状況

施設種別	略称	発送数	回答数	回答率
知的障害児通園施設	知的通園	264	179	67.8%
肢体不自由児通園施設	肢体通園	122	75	61.5%
難聴幼児通園施設	難聴通園	25	16	64.0%
児童デイサービスⅠ型	児童デイⅠ型	786	325	41.3%
合計		1,197	595	49.7%

※今回は、児童デイサービスⅡ型を対象とすると量的処理が困難なためそれぞれの調査票で実施等の設問を設けた。

## 回答における基本状況

種別	施設	定員	契約人数	措置人数	在籍人数	在籍率	措置率
知的通園	179	6,522	7,678	17	7,695	118.0	0.2
肢体通園	75	2,840	2,183	0	2,183	76.9	0
難聴通園	16	518	632	0	632	122.0	0
児童デイⅠ型	325	5,755	15,866	0	15,866	275.7	0
計	595	15,635	26,359	17	26,376	168.7	0.2

## ②障害児入所施設の回答状況

	略称	発送数	回答数	回答率
知的障害児施設	知的	231	158	68.4
第2種自閉症児施設	自閉	3	2	66.7
盲児施設	盲児	8	8	100.0
ろうあ児施設	ろうあ	9	8	88.8
肢体不自由療護施設	肢体療護	6	6	100.0
計		257	182	

## 回答施設における基本状況

種別	施設数	定員	現員	在籍率	18歳以上	在所延長率	措置数	措置率
知的	158	6,570	5,775	87.9	1,828	31.6	2,471	42.8
自閉	2	90	77	85.6	28	36.3	1	1.3
盲	8	178	129	72.5	14	10.8	102	79.1
ろうあ	8	189	132	69.8	4	3.0	83	62.9
肢体療護	6	260	217	83.5	96	44.2	103	47.5
計	182	7,287	6,330	86.8	1,970	31.1	2,760	43.6

(3) 調査内容

主な調査内容は以下の事項を含め、先行調査等でカバーできるものや通園施設と入所施設の特性に応じて除外・追加等を考慮して調査票を作成した。

①施設定員、現員 ②入所児童の実態 ③在所延長の実態 ④入所の状況からニーズの実態 ⑤退所の状況から大人へ支援体制への連携の実態 ⑥職種・職員数の実態 ⑦施設の形態、設備の実態 ⑧学校・医療等との連携 ⑨施設の生活実態 ⑩障害児の相談支援体制 ⑪実施主体に関する事項 ⑫措置・契約の制度適用の実態と課題 ⑬その他

調査票の作成は、通園系と入所系の2種類とした。

(4) 調査方法

①障害児通園施設と障害児入所施設を単位とし、それぞれアンケート調査票を作成して郵送等により種別ごとの施設の実態を把握した。

②調査票の発送

○平成22年10月1日発送

○回収 2週間程度の締め切りで締切日10月15日

回収先は協会事務局として10月末までの返送を待って集計作業に入る。

○集計 ⇒ 入力 外部委託

③調査内容の補完的な実態・実践事例の報告

II 福祉型障害児入所施設の部

A 実態・実践報告

- (1) 知的障害児施設の現状と課題
- (2) 第2種自閉症児施設の現状と課題
- (3) 盲・ろうあ児施設の現状と課題
- (4) 肢体不自由児療護施設の現状と課題

B 在所延長対策の現状と課題

C 小規模ケアの実践

児童養護施設における障害児支援の現状と課題

児童養護施設における小規模ケア・地域小規模児童養護施設について

障害児の里親委託・ファミリーホーム

D 最低基準 設備及び職種・人員

III 障害児通園施設の部

A. 通園系施設の実態・実践

- (1) 知的障害児通園施設
- (2) 肢体不自由児通園施設
- (3) 難聴幼児通園施設
- (4) 児童デイサービスI型

## B. 児童発達支援事業の取り組み方 \*通園施設のあるべき姿の明確化

- (1) 重層的支援システム → Gへ
- (2) 具体的な発達支援 福祉型、医療型、
- (3) 職員配置と職員職種
- (4) 療育計画と個別支援計画の関係
- (5) 発達支援専門員とサービス管理責任者の在り方

## C. 放課後デイのあり方

- (1) 日常における放課後支援体制
- (2) 長期休暇における支援体制

## D. 保育所等訪問事業の取り組み方 \*障害特性に応じた地域支援体制

- (1) 1日の具体的な事業内容（担当スタッフ、カ所数、時間配分など：地域格差も配慮）
- (2) 職員配置、職員職種

## E. 障害児相談支援事業の取り組み方

- (1) 本事業の在り方と発達支援専門員位置づけ
- (2) 療育等支援事業との関連性（「障害受容」と「気になる子」とのかかわり）

## F. 子育て支援における支援体制について

- (1) 居宅生活支援
- (2) 放課後デイとの関わり

## G. 施設の最低基準について \*現状と今後への提言

- (1) 児童発達支援センター 福祉型、医療型
- (2) 現状の児童デイとの整合性 → 重層的支援システム

## 3. 研究報告について

- (1) 報告書の構成

研究目的

調査結果 通所と入所の2部構成とする。

考察及び提案（提言）

- (2) 報告会の開催

本調査研究に関して協力を得たことに対する報告を兼ね、障害児施設の今後のあり方に向けた意見交換の場として開催した。

○日時 平成23年2月28日（月）13：00から17：00

○会場 東京江東区 TFTビル

○参加数 130名

○報告内容

- ・障害児施設のあり方に関する調査概要報告
  - 通所施設の調査概要報告 加藤 淳委員
  - 入所施設の調査概要報告 高野康彦委員
- ・シンポジウム 「障害児施設の将来像への提言」
  - 通所支援 岸 良至委員

入所支援 田中 齋委員  
相談支援 米川 晃委員  
助言者 船越知行氏（目白大学教授）  
コーディネーター 水流純大委員

#### 4. 研究事業の日程

##### 開催日程

検討委員会 第1回 平成22年9月14日 第2回 平成23年1月14日（金）  
第3回 平成23年2月14日

##### 研究担当委員会

第1回 平成22年8月26日 第2回 平成22年9月14日  
集計作業等ワーキング 平成22年11月24日 第3回 平成22年12月2日  
第4回 平成23年23年1月14日 第5回 平成23年2月14日

○事業完了報告書提出 平成23年3月31日

#### 5. 事業の効果及び活用方法

また、本事業は申請者である日本知的障害者福祉協会は知的障害児関係の施設が中心であるが、通所施設は児童デイサービス事業を含め4類型、入所施設は知的障害児施設のほかに福祉型とされた他の障害児施設を含めて実施した。従って、現状の障害別（通所・入所）の施設が、一元化の方向で複数の障害種別の子どもたちを受入れる場合の施設設備、環境や職種、人員配置、支援内容の課題を抽出し、課題解決の方策を探るため実態調査の分析から課題提案を試みた。身近な地域での支援体制の構築に向けて都道府県、障害保健福祉圏域、市町村の重層的な視点から検討を行い、以下の点について実態調査の現状分析から、今後のあり方について総合的に検討し提言を目指して研究を進めてきた。

しかし、平成22年12月に障害者自立支援法の一部改正案、いわゆるつなぎ法案が国会で可決され、それに付随して児童福祉法改正案が施行されることとなった。この児童福祉法改正案は、平成21年に国会に上程されたものほぼ同じもので施行に伴う準備期間が実質1年弱しかない状況にある。従って、当初予定していた「あり方」検討から法改正施行に伴う政省令等に向けた提言を含めて検討したものである。

平成24年4月施行の新施設体系は、これまでの障害児施設の大変革と位置付けられる。その新体系への移行は、当面は経過措置により混乱を最小限にとどめ、その準備に向けて本調査の結果が生かされることを願うとともに今後の障害児施設のあり方の具体化に向けた基礎的な資料となることを期待している。調査報告書として関係者に配布するとともに日本知的障害者福祉協会ホームページに掲載し、今後の検討に資する。

## 2. 提 言

本調査研究報告は、平成22年12月3日に「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」が国会で可決されたことを踏まえ、当初の予定と異なる考察が必要となった。この法律には障害児支援体制の見直しに関する児童福祉法改正が含まれていることから、平成24年4月1日施行の課題に向けて調査結果の考察・分析を行うこととした。

障害児施設が福祉型と医療型に大別して一元化、入所施設の満20歳以上の在所延長規定の廃止、現に在籍する者は経過措置として障害者自立支援法の対象となり市町村に移管、通所施設の実施主体の都道府県から市町村への移管等が決定した。本研究においては、当初、廃案となった法改正の内容について施設現場の実態の調査結果を考察・分析し、あるべき方向性を提言する予定であったが、法改正施行が平成24年4月1日と決定した。そのため法改正施行の政省令に向けた具体的な課題を検証し、障害児施設のあり方に関する提案について通所施設と入所施設の部門ごとの報告において具体的な提言を試み、ここでは概観的な提言とする。

### A 障害児支援にかかる基本的な施策に向けて

現在、国において障害者制度改革推進会議及び総合福祉部会が設置され障害者基本法の改正、障害者自立支援法に代わる障害者総合福祉法（仮称）の制定に向けた検討が進んでいる。各論の検討として合同作業チームで障害児支援に関して検討が行われている。これらの議論に向けて本研究結果の考察や日本知的障害者福祉協会発達支援部会等がこれまで実施した実態調査や実践的研究等を踏まえて以下の点を提案する。

1. 障害児支援にかかる施策は、障害のある・なしにかかわらずすべての子どもの育成に関する一般的な施策、少子化対策等と一元的に推進することを基本として児童福祉法を根拠として位置付ける。従って、障害者施策の新法に合わせて、障害者自立支援法に位置づけられている障害児の短期入所事業、居宅介護事業等を障害者自立支援法以前のように児童福祉法で規定する。
2. 障害者権利条約の批准に向けた障害児の支援に関して障害者基本法等において「子どもの権利条約」の子ども一般の権利擁護とともに障害児に関する事項を再検討し、障害児の最善の利益を基本とすることを明記する。
3. 障害者制度改革推進会議及び総合福祉部会での新たな障害者施策等の検討に際して障害児支援の合同作業チームの検討に際して、障害児施設の実態や障害児支援のあり方に関する提言等を踏まえ都道府県、市町村の障害者計画、障害福祉計画に障害児に関する計画を義務付ける。
4. 障害児支援に向けた施策は、子どもの一般施策における「子ども・子育て新システム」の基本制度の検討と整合性のある制度設計、財源等について一体的に検討する。そのため国の施策推進において一元化するための省庁横断的に、又は社会援護局から雇用均等児童家庭局へ、更に検討されている「こども家庭省」を視野に入れる。医療、教育、労働等の関係省庁と提携して障害児から障害者・

高齢までの切れ目ない一貫した支援の施策を推進する。

5. 障害児施設のみを導入された平成18年10月から契約制度導入は、さまざまな矛盾を抱えていることから改めて、子どもの権利条約の趣旨・条文を見直し、また、児童福祉法第2条等の公的責任による措置制度の意味、更には新たな制度を検討して児童福祉施設が一元的な制度とする。
6. 障害児支援の具体化に向けて、その理念を明確にし、かつ、その理念を現実のものとするために全人的、総合科学的な裏付けが必須であり、そのため医療、教育、福祉の総合的な相談、評価（診断）、療育（治療・教育）及び研究を一元的に行う体制を整備する。
7. 障害児入所施設における社会的養護の課題が増大していることに関して乳児院、児童養護施設等の児童福祉施設の課題として一元的に検討する。社会的養護の体制の質の向上のために施設養護の改革を進める。  
即ち、「施設の小規模化、地域の小規模施設化、家庭的養護の促進」を推進する。また、障害児の里親等の育成等の家庭的養護の拡大とその支援体制を促進する。
8. 「地域主権戦略大綱」等による地方への権限移譲において児童福祉施設等の基準も対象となっているが児童福祉施設の最低基準である設備・面積、人員等の基準は全国一律とするべきである。しかし、現状の最低基準は極めて低い実態にあり抜本的な見直しを行う必要がある。

○児童養護施設等の最低基準の見直しの検討と合わせて障害児施設も居室面積は、一人当たり3.3㎡から6.6㎡程度に引き上げるとともに1室定員は4名以下とする。

○直接支援に当たる入所施設の職員数は、児童4.3人に1人から2人に1人以上とする。平成19年「障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究」報告書においても同様な提言がされている。

## B 調査結果と児童福祉法改正施行（平成24年4月1日）に伴う課題に向けて

本調査結果及び日本知的障害者福祉協会発達支援部会等の実態調査等から平成24年4月1日施行に向けた課題等について以下の点を提案する。

1. 障害児施設は、措置に対応する施設と契約による指定施設が一本化されると思われるが、その場合に措置による公的責任としての国家賠償責任と保護者との契約による当事者責任に関することが同じ施設が担うことになることの法的根拠や課題等について方向性を示す必要である。
2. 障害児施設の一元化は、障害の特性に応じた必要な支援の質の低下を招かないための配慮を優先して可能な方策を講じ地域の療育資源としての機能強化を図る。
  - (1) 障害児通園施設は、新たな施設・事業体系に移行する場合、以下の点を考慮する。
    - 児童発達支援センターは、現在の通園施設が医療型と療育（福祉）型に大別して身近な地域での障害児の支援体制の要として再構築する。

- 医療型のセンターにおいては、医療ケアを要する重症心身障害児の療育の拠点として機能できるよう整備する。
  - 児童デイサービスⅠ型は、現行の通園施設の設備・人員基準を満たしている場合は児童発達支援センターとして整備する。
  - 人口の少ない地域において定員の少ない小規模な児童デイサービスⅠ型が提供する療育においては、療育時間、食事提供、人員配置等の実態により類型化して整備する。
  - 新体系の児童発達支援センターの設備基準は、現行の各施設の共通するものは最低基準を下回らないものとして、障害種別における必要な専門的なものについて付加基準とする。人員基準については、現行基準を抜本的に見直し、発達支援専門員（仮称）の新設等、個別療育を担保する職員数とする。
  - 児童発達支援センターのサービス管理責任者は、平成18年契約制度導入に伴い児童デイサービスに義務付けたサービス管理責任者をそのまま当てはめるのには課題があり、その業務内容及び講習等の体制を検討のうえ導入するべきである。
- (2) 保育所等訪問事業、障害児相談支援事業、放課後等デイサービス事業の新規事業が障害児、親のニーズに応じた利用しやすい事業とする。
- 保育所等訪問事業は、対象児童の個別給付となっているがそれに加えて保育所等に対する障害児支援の指導等が継続的に実施できるようにする。
  - 障害児相談支援事業の利用援助や継続的利用援助は、大人の相談支援とは異なり障害児とその親に対する支援が必要とされ、有効に対応できるのは利用する児童発達支援センター等であり、その相談支援の体制を拡充する。
  - 放課後デイサービスは、一般施策である放課後健全対策事業と連動しつつ学校教育12年間の障害児の在宅支援の機能を整備する。
- (3) 障害児入所施設は、医療型と福祉型に大別にしてもそれぞれの障害特性に応じた設置、設備・人員等の基準は一定の意義があり、それらを基礎として見直しをする。
- 現行の最低基準が法施行以来の水準に止まっているものがあり抜本的な改善に向けた検討をする。
  - 障害児施設の一元化に向けた施設の最低基準、設備や人員等について抜本的な改善を図るとともに施設・設備整備等に対する対策を優先的に講じる。
  - それぞれの障害特性に対する支援方法は、これまでの実践の結果として尊重され、一元化に向けた支援の質の向上にとって重要なものとして考慮する。
  - 障害児入所施設のサービス管理責任者は、措置制度との関係から人員配置の職種や人員数等を含めて総合的な検討が必要なことから今後の課題とする必要がある。
3. 障害児入所施設の在所延長規定の廃止に伴い、満18歳、又は満20歳以降の実施機関が都道府県から市町村への移管に際してケースワークも含めて混乱の無いように進める。
- 当面、経過措置として障害児施設に在籍する者についての早急な大人の福祉サービスへの移行を計画的に促進すること。
  - 満20歳までは児童福祉法の対応を基本とすること。

○満20歳以上の措置の児童についての継続して措置とすること

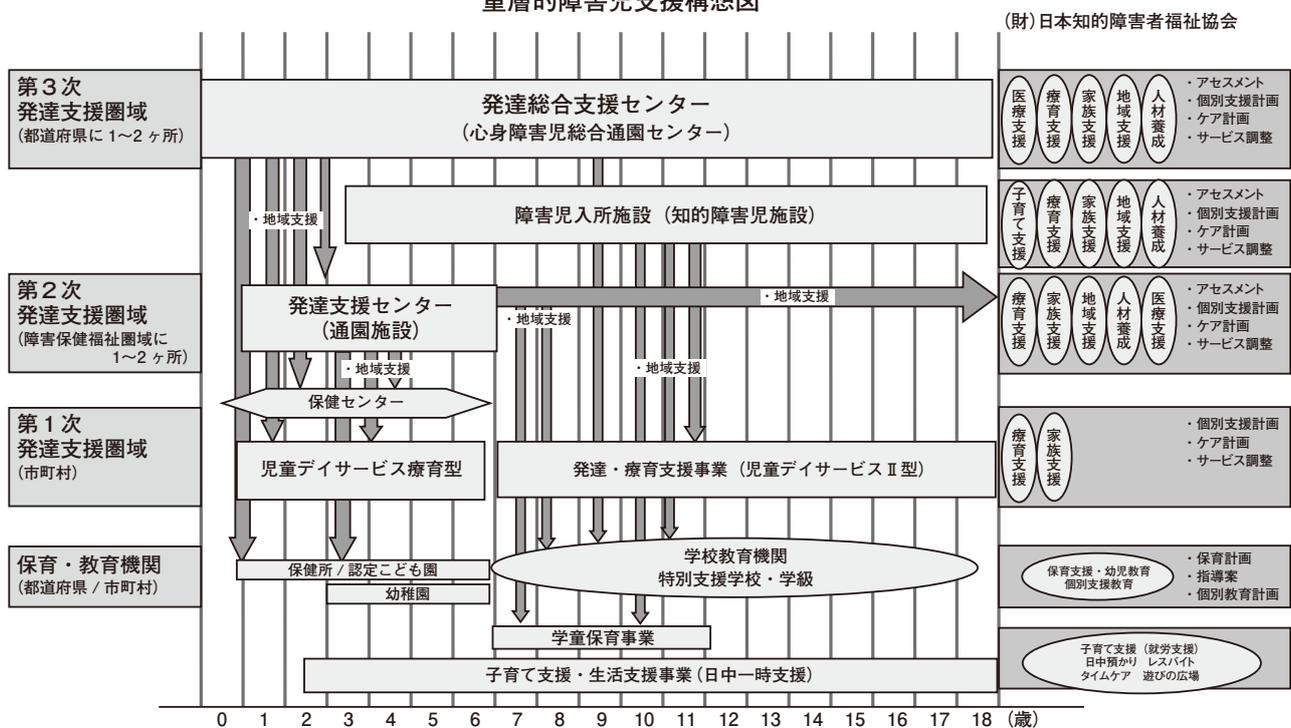
4. 障害児入所施設の老朽改築は、緊急の課題であり、満20歳以上の在所延長対策等により障害者支援施設への転換、いわゆる平成11年児・者併設型施設へ導入に際して優先的な事業実施と国の10分の10等の配慮により施設整備等の対策を促進する。

5. 障害児のライフステージの切れ目ない支援のためにこどもから大人の福祉サービスへの移行に伴う事項を障害福祉計画で明記することを義務付ける。更に、障害児にかかる福祉サービスすべての支援体制の数値目標、基盤整備等の計画を義務付ける。

○児童福祉法の対象年齢の満18歳から満20歳までの間の支援について児童福祉法と障害者自立支援法等大人のサービスとの連動して谷間になる事態を避ける必要がある。特に、障害基礎年金の受給までの経済的負担ができないことでサービス等の利用を断念することがないように配慮する。

6. 平成24年4月に向けて障害児支援体制に向けて都道府県、障害保健福祉圏域、市町村及び支援事業の提供体制等重層的なネットワークの構築を促進する。行政における母子保健、児童育成、要保護児童地域対策協議会等との関係性からのネットワーク化、福祉団体、事業・施設等との連携等必要な支援体制（下図参照）を構築する。

重層的障害児支援構想図



7. 通所支援の実施主体が市町村への移管に際し、その具体的な事務内容を明記するとともにその体制整備に関する人材確保に要する財源等を確保する。都道府県との連携により混乱や支給決定等に混乱の無いように進める。また、障害児入所施設に関する実施主体は都道府県であるが、市町村が関与する仕組みを強化する。その際に市町村による対応の格差が生じないための方策を講じる。
8. 措置費・給付費等の運営費は、一元化を推進するために現行の単価を下回らないよう障害特性を配慮する。
  - 障害種別施設ごとに設定されている措置費保護単価、給付費単位等についてそれぞれ現行を下回らないこと、各種加算を継続するとともに一元化に向けた新たな設定を検討する。
  - 障害児入所施設は、社会的養護の質を高めるため児童養護施設等で対応している小規模ケア加算、3歳未満、就学前の幼児等加算も導入する。
  - 障害程度による重度加算、複数の障害の重複加算、行動障害等支援の程度に関する加算等全般的に見直しをする。
  - 利用者負担の方式と整理して安定した施設運営体制を確保するため給付費の支弁が日額制から月額制等へ変更する必要がある。

## **Ⅱ 障害児入所施設（福祉型）の部**

## A 調査概要

### 1. 調査対象施設

本調査は、福祉型施設として分類された1. 知的障害児施設 2. 第2種自閉症児施設 3. 盲児施設 4. ろうあ児施設 5. 肢体不自由児療護施設の5種別の施設を対象とした。

### 2. 調査年月日 平成22年10月1日から15日

### 3. 回答状況

	略称	発送数	回答数	回答率
知的障害児施設	知的	231	158	68.4
第2種自閉症児施設	自閉	3	2	66.7
盲児施設	盲児	8	8	100
ろうあ児施設	ろうあ	9	8	88.8
肢体不自由療護施設	肢体療護	6	6	100
		257	182	

以下、表等における施設種別の表記は、略称を使用している。

### 4. 集計方法

％の数値は、小数点2位切り捨てて小数点1位で示した。グラフは4捨五入で表記。

施設数は182施設とし、設問において無回答等を示しその比率等を算出した。

同様に在籍数は、6,330人を基礎で示し、必要に応じて設問における有効回答数を基礎に算出して示した場合はその基礎数（N=2300等）を示している。

## B 調査結果概要

### 1. 施設の基本状況

#### (1) 設置・経営主体の状況

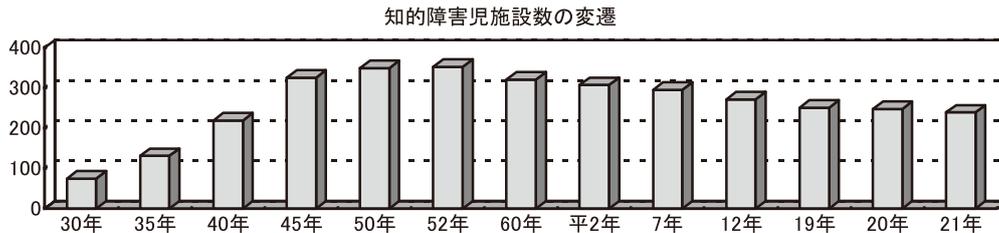
障害児施設は、自治体が先導的に施設を設立してきたが時代の変遷を経て直営から指定管理、民営化の方向に転換してきた。現在〔表①〕においても4割は公立系の施設であり、児童福祉法による児童福祉施設の公的責任としてのあり方が伺える。民設民営は、59.8％と各種別施設とも同様な状況である。障害種別施設の動向は、知的障害児施設が158施設86.8％、第2種自閉症児施設2施設1.0％、盲児施設8施設4.3％、ろうあ児施設8施設4.3％、肢体不自由児療護施設6施設3.2％と知的障害児施設以外の種別施設については、その種別施設の全体像が把握することができた。報告においては、数の多い知的障害児施設を基礎にして種別施設の特徴等について触れている。

〔表1〕 設置・経営主体

種別	1. 公設公営	2. 公設民営	3. 民設民営	計	構成比
知的	34	31	93	158	86.8
自閉	0	0	2	2	1.0
盲	2	2	4	8	4.3
ろうあ	1	2	5	8	4.3
肢体療護	0	3	3	6	3.2
計	37	38	107	182	
％	20.3	20.9	58.8		

(2) 設置年代の状況

障害児入所施設は、昭和22年児童福祉法制定に伴い児童福祉施設として知的障害児施設と療育施設（盲施設、ろうあ児施設、肢体不自由児童施設施設）が位置づけられ、1960年代〔表2〕までに一定数が確保された。知的障害児施設〔表2-2〕は法定施設として整備が進み、昭和52年に352施設となった。昭和42年重度児対策として満20歳以上の在所延長規定が設けられたことから知的障害児施設に満18歳を超える児童が増加し、その対策として成人施設への転換等の対策により平成21年には239施設まで減少した。盲、ろうあ児施設においても重複障害を抱える児童を中心に満20歳までに社会自立させることの困難さからその対応として成人援護施設への転換、在籍児童の減少により廃園が進んでいる。



自閉症児施設、肢体不自由児療護施設は、障害児支援の多様化等により最低基準により施設種別として拡張されたが、自閉症児施設は医療型を含めて7施設、肢体不自由児療護施設7施設（平成22年6施設）の整備に止まっている。

〔表2-1〕 設立年代

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
1950年代未満	8	0	4	2	0	14	7.7
1950年代	24	0	2	4	0	31	17.0
1960年代	88	0	1	2	1	91	50.0
1970年代	23	2	0	0	2	27	14.8
1980年代	7	0	0	0	2	9	4.9
1990年代	1	0	0	0	0	1	0.5
2000年代以降	5	0	0	0	1	6	3.3
無回答	2	0	1	0	0	3	1.6

〔表2-2〕 知的障害児施設数の変遷

	30年	35年	40年	45年	50年	52年	60年	平2年	7年	12年	20年	21年
施設数	75	131	219	325	349	352	321	307	295	272	248	239
定員数	4,281	8,396	15,124	23,582	27,022	26,237	22,096	19,694	17,776	14,975	10,877	10,232
在籍数	4,382	7,791	14,126	21,380	22,758	21,960	18,622	16,754	14,597	12,276	9,350	8,827
充足率	102.4	92.7	93.4	90.6	84.2	83.6	84.2	85.0	82.1	81.9	86.0	86.2

(3) 定員、在籍数等の状況

① 定員・在籍数の状況

回答施設数〔表3〕182施設、定員7,287人、在籍数6,330人、在籍率86.8%、在籍数のうち満18歳未満4,310人、満18歳以上1,970人、在所延長率31.1%である。

知的障害児施設の定員規模〔表3-2〕は、30名が51施設（32.3%）で最も多く、次いで50～69名が47施設（29.7%）、31～49名が27施設（17.1%）となっている。29名以下の20施設はいわゆる児者併設施設の児童施設部と思われる。数は多くはないが、70名以上の大規模施設が13施設ある。盲・ろうあ児施設の定員はどの施設も30名以下であり、対象児数が少ないことが理由であると思われる。

[表3-1] 基本 施設数・定員等

種別	施設数	定員	現員	在籍率
知的	158	6,570	5,775	87.9%
自閉	2	90	77	85.6%
盲	8	178	129	72.5%
ろうあ	8	189	132	69.8%
肢体療護	6	260	217	83.5%
計	182	7,287	6,330	86.8%

[表3-2] 定員規模の施設数

種別	29名以下	30名	31～49名	50～69名	70～89名	90～99名	100名以上
知的	20	51	27	47	10	1	2
自閉	0	0	1	1	0	0	0
盲	6	0	0	2	0	0	0
ろうあ	3	5	0	0	0	0	0
肢体療護	1	1	0	4	0	0	0
計	30	57	28	54	10	1	2
%	16.4	31.3	15.3	29.6	5.4	0.5	1.0

## ②在籍率の状況

調査時点の在籍率は平均86.8%である。内訳は知的障害児施設87.9%、盲・ろうあ児施設72.5%・69.8%と低い実態にある。また、在籍率別 [表4] では90%未満が69施設37.9%、100%以上は62施設34.0%である。

また、21年度の実績による在籍率 [表4-2] は、80%未満が34施設18.6%、90%以上50施設、100%以上60施設である。年間在籍率 [表4-2] は、知的の90～100%未満が48施設で最も多く、100%またはそれ以上の施設も45施設ある一方で、90%未満の施設も47施設ある。100%以上の施設は定員緩和策を活用している施設で、90%未満の施設は事業運営安定化事業（いわゆる9割保障）の対象となっている施設であると思われる。ろうあ児施設の年間平均在籍率は、他障害に比べ最も低い状況にある。

現状の措置費現員現給制、給付費の日額制においては、在籍率の低下は、そのまま運営費の減少となり定員の見直し等運営上の見直しが迫られている。

[表4-1] 在籍率別の状況

種別	～60%未	～70%未	～80%未	～90%未	～100%未	100%	100%超	無回答
知的	11	5	12	23	46	44	16	1
自閉	0	0	1	0	1	0	0	0
盲	2	0	0	4	0	0	1	1
ろうあ	2	1	1	3	0	0	1	0
肢体療護	1	0	1	2	2	0	0	0
計	16	6	15	32	49	44	18	2
%	8.7	3.2	8.2	17.5	26.9	24.1	9.8	

[表4-2] 年間在籍率

種別	60%未	60～70%未	70～80%未	80～90%未	90～100%未	100%	100%超	無回答
知的	8	6	9	24	48	23	22	18
自閉	0	0	1	0	0	1	0	0
盲	1	1	0	2	0	1	1	2
ろうあ	2	2	1	1	0	2	0	0
肢体療護	1	0	2	1	2	0	0	0
計	12	9	13	28	50	27	23	20
%	6.5	4.9	7.1	15.3	27.4	14.8	12.6	10.9

③在所延長の状況

満18歳以上の在所延長児童数〔表5〕は、1,970人31.1%で、種別では肢体不自由児療護施設が44.2%と高く、知的障害児施設が31.6%、盲・ろうあ児施設は満20歳までのため延長率が低い。

〔表5〕 在所延長児童数

種別	施設数	現員	18歳未満	18歳以上	在所延長率
知的	158	5,775	3,904	1,828	31.6
自閉	2	77	49	28	36.3
盲	8	129	105	14	10.8
ろうあ	8	132	129	4	3.0
肢体療護	6	217	123	96	44.2
計	182	6,330	4,310	1,970	31.1

④措置・契約の状況

在籍者総数のうち措置数〔表6〕は2,760人で措置率は43.6%。18歳未満に限ってみると、総数4,310人のうち措置数は2,449人で措置率は56.8%である。措置率が平均43.6%で、盲・ろうあ児施設が79.1%・62.9%と高く、自閉症児施設が1%と極めて低く、状態改善等の目的利用だから契約と判断されているが再検討を要するのではないか

〔表6〕 措置・契約の決定状況

種別	現員	契約数	措置数	措置率	18歳未満在籍数	18歳未満措置数	18歳未満措置率
知的	5,775	3,304	2,471	42.8%	3,904	2,200	56.4%
自閉	77	76	1	1.3%	49	1	2.0%
盲	129	27	102	79.1%	105	84	80.0%
ろうあ	132	50	83	62.9%	129	88	68.2%
肢体療護	217	114	103	47.5%	123	76	61.8%
計	6,330	3,571	2,760	43.6%	4,310	2,449	56.8%

(4) 施設の立地

①施設の所在する市町村、人口

施設の所在する市町村区分〔表7〕は、区・市が108施設（59.3%）で最も多い。人口規模〔表7-2〕では、知的障害児施設の所在地自治体の人口は、1～5万未満が48施設（32%）で最も多く、人口10万人未満の比較的小さな自治体に所在する施設が87施設（58%）と半分以上を占めている。盲・ろうあ児施設が所在しているのは30万人以上の人口を持つ都市であり、対象となる子どもが少ないことを示している。

〔表7-1〕 措置・契約の決定状況

種別	政令市	中核市	区・市	町・村	無回答
知的	20	17	93	25	3
自閉	0	0	2	0	0
盲	2	1	5	0	0
ろうあ	3	0	5	0	0
肢体療護	1	0	3	2	0
計	26	18	108	27	3
%	14.3	9.9	59.3	14.8	1.6

[表7-2] 所在地の人口

種別	1万未満	1~5万未満	5~10万未満	10万以上	30万以上	無回答
知的	6	48	33	29	34	8
自閉	0	1	1	0	0	0
盲	0	0	1	1	5	1
ろうあ	0	0	2	0	6	0
肢体療護	2	0	0	3	1	0
計	8	49	37	33	46	9
%	4.4	26.9	20.3	18.1	25.3	4.9

## ②入所児童の出身自治体等について

入所児童の出身都道府県数 [表8] は、複数の自治体にまたがるのが73施設40.1%と身近な地域での提供の実態にない。施設・種別の特性から4自治体を超える施設が10施設もある。知的では、1都道府県が96施設（63.2%）、2都道府県が34施設（22.4%）で合わせて8割以上を占めている。盲児施設の出身領域は狭い。しかし、施設数から推測するに、施設が遠くて利用できない人々がいるのでは無いかとも思える。ろう児施設の出身者の領域は広域にわたっていることが読み取れる。

また、出身市町村の状況 [表8-2] を見ると11市町村以上から受け入れしているのが85施設46.7%である。知的では最も多いのは6～10市町村で51施設（34.9%）、次が11～15市町村で44施設（30.1%）である。11以上の市町村出身児童がいる施設が75施設（51.4%）あり、広域的な対応をとっている施設が半分を占めている。実施主体が市町村に移管を検討する場合は、入所施設利用の広域性を考慮しなければならない。また、転居等に伴う実施機関のケース移管等についての引継ぎ等検討すべき課題がある。

[表8-1] 出身都道府県

種別	1都道府県	2都道府県	3都道府県	4都道府県	5都道府県	6都道府県	無回答
知的	96	34	18	2	0	2	6
自閉	0	0	1	1	0	0	0
盲	3	2	0	1	0	1	1
ろうあ	1	2	3	1	0	1	0
肢体療護	2	1	2	0	0	1	0
計	102	39	24	5	0	5	7
%	56.0	21.4	13.2	2.7	0.0	2.7	3.8

[表8-2] 出身市町村数

種別	1~5 市区町村	6~10 市区町村	11~15 市区町村	16~20 市区町村	21~市区町村	無回答
知的	20	51	44	16	15	12
自閉	0	0	1	0	1	0
盲	4	1	0	1	1	1
ろうあ	3	2	2	1	0	0
肢体療護	1	2	2	0	1	0
計	28	56	49	18	18	13
%	15.4	30.8	26.9	9.9	9.9	7.1

## (2) 措置・支給決定する児童相談所数

入所児童の実施機関である児童相談所数 [表9] は、5ヶ所以上50施設27.4%、2ヶ所54施設。知的障害児施設で最も多いのは、2か所で52施設（33.5%）、次いで3か所が35施設（22.6%）である。肢体不自由児療護施設、盲・ろうあ児施設は、施設数が少ないこともあり広域的な利用のため関係する児童相談所も多くなっている。施設からみると複数の児童相談所との関係から児童に対する取り組みの姿勢の違い等を感じ取れる実態がある。

[表9] 出身エリア（児童相談所数）

種別	1カ所	2カ所	3カ所	4カ所	5カ所	6カ所	7カ所以上	無回答
知的	10	52	35	22	8	10	18	3
自閉	0	0	0	0	1	0	1	0
盲	2	1	1	0	0	1	2	1
ろうあ	0	1	1	1	1	2	2	0
肢体療護	0	0	0	2	0	1	3	0
計	12	54	37	25	10	14	26	4
%	6.6	29.7	20.3	13.7	5.5	7.7	14.3	2.2

## 2. 児童の状況

### (1) 在籍児童の実態

#### ①年齢の状況

在籍児童の男女比 [表10] は、男4,360人68.8%、女1,920人30.3%（不明50人）、年齢別では就学前125人2.0%、小学1,135人18.1%、中学1,228人19.6%、高校1,822人29.0%である。また、満30歳以上612人9.7%が児童施設で生活している。

知的障害児施設の児童数は5,732人で、男4,006人（69.9%）、女1,726人（30.1%）である。そのうち18歳未満（高校生以下）は3,904人（68.1%）で、18歳以上が1,828人（31.9%）となっている。また、20歳以上は1,388人で全体に占める割合は24.2%である。今回の児童福祉法改正により、満18歳以上は原則として障害者自立支援法で対応するとされ、20歳以上の在所延長規定は削除された。現在入所している満18歳以上の入所者に対してどのような施策を講じていくのかが大きな課題となる。

種別		就学前	小学生	中学生	高校生	18~19歳	20歳~	30歳~	40歳~	合計
		~5歳	6~11歳	12~14歳	15~17歳					
知的	男	66	692	761	1,128	295	635	362	67	4,006
	女	22	305	364	566	145	198	104	22	1,726
自閉	男	0	13	17	12	1	16	9	0	68
	女	0	2	3	2	1	1	0	0	9
盲	男	9	13	20	21	5	3	0	0	71
	女	5	10	16	11	5	1	0	0	48
ろうあ	男	7	34	13	25	1	0	2	0	82
	女	4	21	12	13	1	0	0	0	51

②障害の診断等状況

設問が主たる障害と重複の記入説明が不十分なため選択の複数回答もあり数合わない等正確の実態は掴めないため参考程度に止める。それぞれの施設種別の障害を基礎に重複欄の障害について重複障害があると読み取って説明する。入所児童が2つ以上の障害を有するのは〔表11〕2,561人40.4%で、うち種別施設毎の割合は知的障害児施設が39.3%、自閉症児施設70.1%、肢体不自由療護施設62.6%である。

在籍児童の障害の状況〔表12〕は、知的障害93.5%、自閉症27.5%、てんかん23.3%、肢体不自由8.1%、盲2.8%、ろうあ2.8%である。知的障害児施設に入所している児童の重複障害の状況は、てんかんが1,361人（23.6%）、自閉症（傾向含む）が1,644人（28.5%）とそれぞれ入所児童の約4分の1を占めている。肢体不自由は273人（4.8%）、聴覚障害80人（1.4%）、視覚障害85人（1.5%）であり、児童福祉法改正により一元化が行われる他種別の障害を重複している入所児童はごくわずかである。また、その他の精神障害が345人（6.0%）、発達障害が437人（7.6%）いるが、具体的な障害の内容を問うていないため、詳細は不明である。

盲・ろうあ児施設は、知的障害の重複と盲・ろう障害のみの児童が多い。肢体不自由療護施設はその障害特性を反映して知的障害が半数、てんかんの重複が4分の1と重複率が高くなっている。

〔表11〕 複数の障害を持つ児童数

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体	計
2つ以上の障害を有する児童数	2,270	54	62	39	136	2,561
%	39.3	70.1	48.0	29.5	62.6	40.4

〔表12〕 重複障害の状況 ※手帳の所持に関係なく医師の診断等により判断してください

診断・障害名	知的		自閉		盲		ろうあ		肢体療護		計		総計	%
	主	重複	主	重複	主	重複	主	重複	主	重複	主	重複		
知的障害	5,422	82	0	38	76	54	51	24	43	95	5,592	293	5,885	92.9
てんかん	115	1,246	0	23	31	9	1	1	0	51	147	1,330	1,477	23.3
自閉症（傾向）	145	1,499	77	0	6	2	5	0	2	10	235	1,511	1,746	27.5
その他の精神障害	38	307	0	1	2	0	0	1	0	4	40	313	353	5.5
肢体不自由	10	263	0	0	16	7	0	1	166	50	192	321	513	8.1
発達障害	62	375	0	0	8	2	8	0	2	9	80	386	466	7.3
聴覚障害	7	73	0	1	4	2	72	15	0	4	83	95	178	2.8
視覚障害	4	81	0	1	60	22	0	1	1	6	65	111	176	2.8
内部疾患	8	166	0	2	10	0	1	0	3	18	22	186	208	3.2
計	5,811	4,092	77	66	213	98	138	43	217	247	6,456	4,546	11,002	

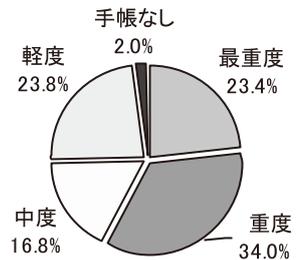
障害の特性に応じた対応の状況〔表13〕については、知的障害児施設に入所している重複障害のある児童の障害の程度や状態像については、肢体不自由の座位保持困難や車いす使用があわせて47人、聴覚障害の全ろうや人工内耳使用が38人、視覚障害の全盲・弱視が63人となっており、全体に占める割合はごく少数である。肢体不自由児療護施設は車椅子使用等移動に関する対応が多く、重複障害が多いことからの医療的ケアの配慮が多くみられる。

【表13】 身体状況や医療ケア

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計
1-1 首のすわりなし	0	0	0	0	2	2
1-2 座位保持困難	13	0	4	0	19	36
1-3 車椅子使用	34	0	5	0	78	117
2-1 全ろう/測定不能	36	0	2	7	13	58
2-2 人工内耳装用	2	0	0	5	0	7
2-3 補聴器装用	20	1	3	73	0	97
3-1 全盲	14	0	52	0	2	68
3-2 弱視	49	1	27	0	5	82
4-1 てんかん発作重積	113	16	0	0	7	136
4-2 発作週1回程度あり	84	0	4	0	16	104
4-3 発作月1回	115	1	2	0	2	120
心臓疾患	122	0	5	1	6	134
うち運動制限の有	20	0	0	1	0	21
腎臓疾患	22	0	0	0	4	26
うち透析	0	0	0	0	0	0
喘息	158	8	5	3	9	183
うち吸入器使用	37	0	4	3	3	47
糖尿	7	0	0	0	1	8
うちインシュリン接種	0	0	0	0	1	1

③障害程度（療育手帳等の所持）の状況

知的障害児施設に入所している児童の療育手帳の所持状況〔表14〕は、最重度が1,290人（23.4%）、重度1,874人（34.0%）、中度928人（16.8%）、軽度1,310人（23.8%）、手帳なし113人（2.0%）となっている。最重度と重度で57.4%、中度と軽度で40.6%である。他の種別の療育手帳の所持率は、自閉症児施設は全員、盲児施設62.8%、ろうあ児施設44.7%、肢体不自由児療護施設64.5%、全体の所持率は91.0%である。



身体障害者手帳の所持者数〔表14-2〕は、709人11.2%である。肢体不自由児療護施設が多く183人84.3%、盲児施設84人65.1%、ろうあ児施設82人62.1%、知的障害児施設357人6.2%、自閉症児施設3人3.9%である。手帳の程度は、1級が34.1%、2級33.7%と約7割となっている。盲は、療育手帳も重度、身体障害者手帳も1級の児童が多く、ろうあは、身体障害者手帳2級所持者が大半を占め、また、療育手帳保持者は、中軽度のレベルである。知的障害児施設、自閉症児施設は、療育手帳と身体障害者手帳の両方を所持している入所児童はわずかである。

【表14-1】 障害療育手帳による程度

種別	最重度(㊟・A1等)	重度(A1・A2等)	中度(B I等)	軽度(B2等)	手帳なし	所持数	所持率
知的	1,290	1,874	928	1,310	113	5,402	93.5%
自閉	27	46	3	1	0	77	100.0%
盲	38	16	13	14	29	81	62.8%
ろうあ	7	14	21	17	46	59	44.7%
肢体療護	53	55	22	10	68	140	64.5%
計	1,415	2,005	987	1,352	256	5,759	91.0%
%	22.4	31.7	15.6	21.4	4.0		

※療育手帳は都道府県により障害程度の判定表記が異なりますが4段階に分けて

[表14-2] 身体障害者手帳による程度

	1級	2級	3級	4級以上	所持数	所持率
知的	93	127	63	74	357	6.2%
自閉	3	0	0	0	3	3.9%
盲	58	13	8	5	84	65.1%
ろうあ	11	43	13	15	82	62.1%
肢体療護	77	56	27	23	183	84.3%
計	242	239	111	117	709	11.2%
%	34.1	33.7	15.7	16.5	100.0	

## ④医療の状況

## a. 通院の状況

通院の頻度〔表15〕は、肢体不自由療護施設が年間1人平均8.09回と多く、次いでろうあ児施設4.97回、知的障害児施設4.14回である。診療科目では、精神科・脳神経外科が多く、歯科、皮膚科、耳鼻咽喉科である。知的障害児施設の通院状況は、延べ通院数は23,963人で、在籍児童数で割ると1人当たり4.1回通院していることになる。最も多いのは精神科・脳神経外科で6,923人（28.9%）、次が歯科で4,435人（18.5%）、次いで皮膚科3,659人（15.3%）となっている。

[表15] 通院の状況

(実人数)

受診科目	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	1人平均回数
1. 精神科・脳神経外科	6,923	21	10	24	91	7,069	1.12
2. 小児科・内科・泌尿器	1,106	131	71	211	852	2,371	0.37
3. 外科・整形外科	1,846	32	23	36	161	2,098	0.33
4. 耳鼻咽喉科	2,639	18	37	145	73	2,912	0.46
5. 歯科	4,435	23	65	97	163	4,783	0.76
6. 皮膚科	3,659	34	24	79	110	3,906	0.62
7. 眼科	1,418	30	45	41	94	1,628	0.26
8. 婦人科	160	1	2	7	4	174	0.02
9. 泌尿器科	153	1	0	3	58	215	0.03
10. その他	1,624	2	9	14	150	1,799	0.28
計	23,963	293	286	657	1,756	26,955	
1人平均回数	4.14	2.36	2.21	4.97	8.09	4.25	

※施設の実施する定期健康診断等による受診は除く。

## b. 入院の状況

入院〔表16〕は、244人3.9%、日数は延べ8,304日、1人平均34.0日になる。受診科目別では小児科・内科が103人、1,134日、精神科が71人、5,571日、1人平均78.4日と入院期間が長期になる状況が見られる。

知的障害児施設の入院状況は、延べ入院児童数は217人で在籍児童数に占める割合は3.8%である。延べ入院日数は7,632日で1人当たりの平均入院日数は35日となっている。診療科別では、精神科・脳神経外科への入院が5,571日（73.0%）と圧倒的に多く、次が小児科・内科で972日（12.7%）となっている。精神科・脳神経外科への平均入院人数は78.5日で全体の平均入院日数の倍以上の期間になっている。精神科入院は、行動障害等精神状態の課題は自閉症児施設の方が多く割に入院がなく、知的障害児施設のみが入院で対応している。このことは知的障害児施設に何らかの課題があるのか注目したい。

[表16] 入院人数・日数

受診科目	知的		自閉		盲		ろうあ		肢体療護		計	
	人数	日数	人数	日数	人数	日数	人数	日数	人数	日数	人数	日数
1. 精神科・脳神経外科	71	5,571	0	0	0	0	0	0	0	0	71	5,571
2. 小児科・内科	88	972	0	0	1	4	3	51	11	107	103	1,134
3. 外科・整形外科	30	514	1	25	1	20	0	0	3	233	35	792
4. 耳鼻咽喉科	6	82	0	0	0	0	1	7	1	153	8	242
5. 歯科	8	142	0	0	0	0	0	0	1	3	9	145
6. 皮膚科	1	53	0	0	0	0	0	0	0	0	1	53
7. 眼科	6	67	0	0	2	32	0	0	0	0	8	99
8. 婦人科	1	18	0	0	1	30	0	0	0	0	2	48
9. 泌尿器科	3	22	0	0	0	0	0	0	1	7	4	29
10. その他	3	191	0	0	0	0	0	0	0	0	3	191
計	217	7,632	1	25	5	86	4	58	17	503	244	8,304
種別在籍数における率 %	3.8		1.3		3.9		3.0		7.8		3.9	

c. 服薬・医療行為の状況

服薬の状況 [表17] は、抗てんかん薬が1,513人23.9%で、種別の内訳では自閉症児施設28人36.3%と割合が多く、次いで肢体不自由療護施設が77人35.4%、盲児施設37人28.6%、知的障害児施設1,358人23.5%である。そのうち発作の重責等の対応が必要な児童は246人3.8%である。

向精神薬を服用している児童は2,139人33.6%で、うち精神安定剤は、1,614人25.4%で種別では自閉症児施設47人61.0%、知的障害児施設26.6%と多く、睡眠剤も自閉児施設が14.2%、知的障害児施設8.6%と多い。

心臓疾患・喘息等慢性疾患のある児童が431人で7.5%である。

吸引・酸素吸入等医療行為を必要とする児童は36人（0.5%）、内訳は知的障害児施設27人、盲児施設2人、ろうあ児施設3人、肢体不自由療護施設4人である。

[表17] 服薬の状況 ※平成22年10月1日現在の児童が服用している人数

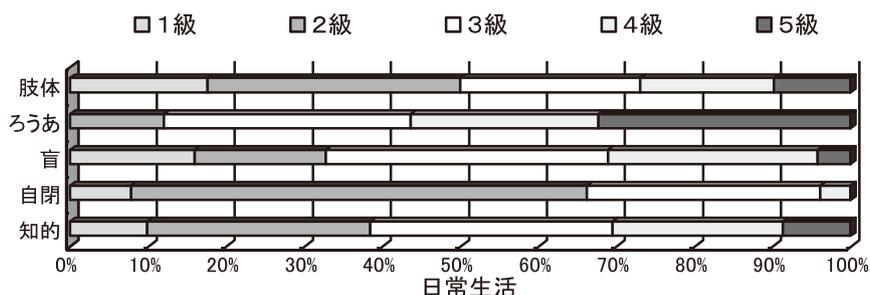
		知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
抗てんかん薬		1,358	28	37	13	77	1,513	23.9
上のうち発作重責・予防等の座薬等の臨時処置		193	20	15	15	17	246	3.8
向精神薬	精神安定剤	1,538	47	6	6	17	1,614	25.4
	睡眠薬	498	11	5	0	11	525	8.2
慢性疾患(1ヶ月以上服用している場合)	心臓疾患	28	0	0	1	1	30	
	腎臓疾患	15	0	0	0	3	18	
	糖尿病	10	0	0	0	1	11	
	喘息	107	5	0	5	7	124	
	貧血	50	1	1	0	1	53	
	その他	221	17	17	4	6	265	
医療行為を必要とする児童	吸引	5	0	0	0	0	5	
	経官栄養	0	0	0	1	0	1	
	胃ろう	1	0	0	0	1	2	
	酸素吸入	1	0	0	0	0	1	
	導尿	1	0	0	0	3	4	
	その他	19	0	2	2	0	23	
延べ人数		4,045	129	83	47	145	4,435	

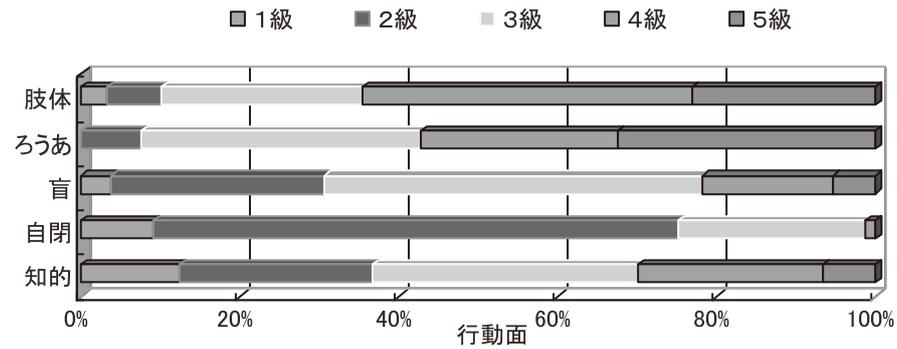
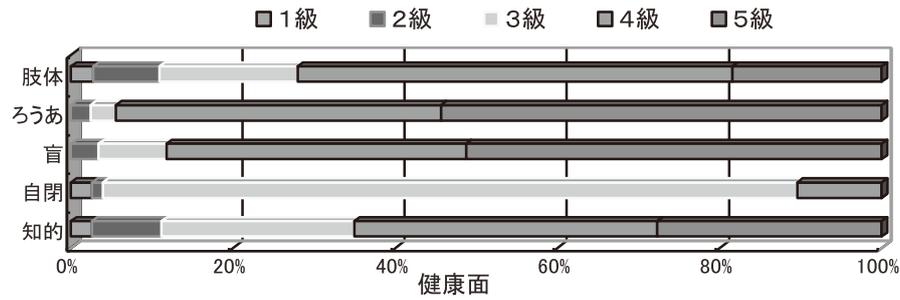
⑤支援の度合

日本知的障害者福祉協会が実態調査において日常生活面、健康面、行動面の3類型で支援の程度を以下の表により調査しているが、今回も調査項目に含めて把握した。

介護の 程度 項目	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級
	常時全ての面で支援が必要	常時多くの面で支援が必要	時々又は一時的にあるいは一部支援が必要	点検、注意又は配慮が必要	ほとんど支援の必要がない
日常生活面	基本的な生活習慣が形成されていないため、常時全ての面での介助が必要。それがないと生命維持も危ぶまれる。	基本的な生活習慣がほとんど形成されていないため、常時多くの面での介助が必要。	基本的な生活習慣の形成が不十分のため、一部介助が必要。	基本的な生活習慣の形成が不十分ではあるが、点検助言が必要とされる程度。	基本的な生活習慣はほとんど形成されている、自主的な生活態度の養成が必要。
保健面	身体健康に嚴重な看護が必要。生命維持の危険が常にある。	身体的健康につねに注意、看護が必要。発作頻発傾向。	発作が時々あり、あるいは周期的精神変調がある等のため一時的又は時々看護の必要がある。	服薬等に対する配慮程度。	身体的健康にはほとんど配慮を要しない。
行動面	多動、自他傷、拒食などの行動が顕著で常時付添い注意が必要。	多動、自閉などの行動があり、常時注意が必要。	行動面での問題に対し注意したり、時々指導したりすることが必要。	行動面での問題に対し、多少注意する程度。	行動面にはほとんど問題がない。

知的障害児施設に入所している児童の支援の度合い [表18] について、まず日常生活面においては、「常時すべての面で支援が必要」(1級)が559人(9.9%)、「常時多くの面で支援が必要」(2級)が1,603人(28.5%)、「時々又は一時的にあるいは一部支援が必要」(3級)が1,749人(31.1%)となっており、1～3級までを合わせると69.5%で、約7割の児童が日常生活上の全面的または部分的な支援を必要としている。保健面においては、「身体健康に嚴重な看護が必要」(1級)が142人(2.6%)、「身体健康につねに注意、看護が必要」(2級)が475人(8.6%)、「発作が時々あり、あるいは周期的精神変調がある等のため一時的又は時々看護の必要がある」(3級)が1,305人(23.7%)となっており、1～3級を合わせると34.9%で、3分の1強の児童が保健面で嚴重なまたは一部支援を必要としている。行動面においては、「多動、自他傷、拒食などの行動が顕著で常時付添い注意が必要」(1級)が698人(12.8%)、「多動、自閉などの行動があり、常時注意が必要」(2級)が1,372人(25.2%)、「行動面での問題に対し注意したり、時々指導したりすることが必要」(3級)が1,884人(34.6%)となっており、1～3級を合わせると72.6%で、7割以上の児童が行動面で常時または時々の支援を必要としている。これらの結果から、知的障害児施設においては日常生活面や行動面に多くの支援を必要としている児童が多いということが分かる。また、相対的に少ないとはいえ、3分の1強の児童が保健面での支援を必要としていることから、各施設現場における医療的な支援のあり方や看護職員の配置等に課題があることが推測される。盲・ろうあ児における1・2級の支援度は、他種別の入所児に比べて少ない。





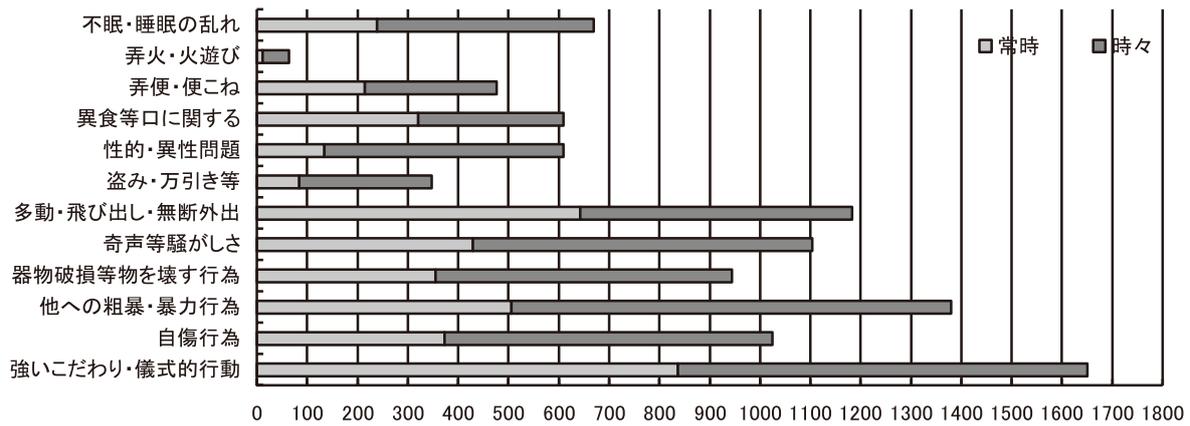
[表18] 支援度の状況

		1 級		2 級		3 級		4 級		5 級	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
日常生活面	知的	559	9.9	1,609	28.5	1,749	31.1	1,228	21.8	491	8.7
	自閉	6	7.8	45	58.4	23	29.9	3	3.9	0	0.0
	盲	19	16.0	20	16.8	43	36.1	32	26.9	5	4.2
	ろうあ	0	0.0	16	12.0	42	31.6	32	24.1	43	32.3
	肢体療護	36	17.6	66	32.4	47	23.0	35	17.2	20	9.7
保健面	知的	142	2.5	475	8.4	1,305	23.2	2,053	36.5	1,520	27.0
	自閉	2	2.6	1	1.3	66	85.7	8	10.4	0	0.0
	盲	0	0.0	4	3.4	10	8.4	44	37.0	61	51.3
	ろうあ	0	0.0	3	2.3	4	3.0	51	38.3	69	51.9
	肢体療護	6	2.9	18	8.7	37	18.1	116	56.9	40	19.6
行動面	知的	698	12.4	1,372	24.4	1,884	33.5	1,112	19.8	377	6.7
	自閉	7	9.1	51	66.2	18	23.4	1	1.3	0	0.0
	盲	3	2.5	21	23.4	37	31.1	13	10.9	4	3.4
	ろうあ	0	0.0	10	1.3	47	35.3	33	24.8	43	32.3
	肢体療護	7	3.4	15	0.0	55	27.0	90	44.1	50	24.5

⑥行動課題の実態

行動特性の状況 [表19] は、常時・時々一時的を合わせて強いこだわり・儀式的行動が最も多く26.3%、他への暴力行為22.0%、多動・飛び出し行為18.8%、奇声等騒がしさ17.6%、自傷行為16.3%等である。

知的障害児施設に入所している児童の行動面の課題に対する対応について、常時または一時的に支援を要する児童が延べ9,437人いる。調査項目2 (6)「支援の度合」の行動面の1～3級の合計数3,954人で割ると、行動上の課題のある児童1人あたり2.4個の行動課題があることが推測される。つまり、知的障害児施設に入所している7割以上の児童について行動上の課題に対する支援が必要であり、また、支援の必要な児童には複数の（平均2.4個）行動上の課題があるということが推測される。



行動特性	知的		自閉		盲		ろうあ		肢体療護		計		総計比
	常時	時々	常時	時々	常時	時々	常時	時々	常時	時々	常時	時々	
強いこだわり・儀式的行動	804	733	20	43	6	17	0	3	7	17	837	813	26.3%
自傷行為	356	596	9	32	2	13	0	2	6	9	373	652	16.3%
他への粗暴・暴力行為	476	833	20	14	4	9	0	7	6	11	506	874	22.0%
器物破損等物を壊す行為	336	553	12	12	3	9	0	12	4	3	355	589	15.0%
奇声等騒がしさ	408	617	17	32	2	10	0	6	2	10	429	675	17.6%
多動・飛び出し・無断外出	605	508	25	14	5	2	0	10	8	6	643	540	18.8%
盗み・万引き等	84	253	0	0	0	1	0	5	0	5	84	264	5.5%

⑦措置費・給付費の加算状況

各種加算の状況〔表20〕は、重度加算認定数は2,822人で、療育手帳の重度・最重度者数3,164人（調査項目1(3)）の89.2%である。重度重複加算認定数は172人で、2つ以上の障害を有する児童数2,270人（調査項目1(2)）と比較するとかなり少ない。これは、現在の重度重複障害加算の対象が3つ以上の障害を有する児童となっていることが原因だと思われる。また、強度行動障害加算人定数はわずか29人であり、「多動、自他傷、拒食などの行動が顕著で常時付添い注意が必要」（1級）が698人、「多動、自閉などの行動があり、常時注意が必要」（2級）が1,372人の合計2,070人（調査項目1(6)）のわずか1.4%である。強度行動障害加算の認定基準のハードルが高く、実際に行動障害に対しての支援が必要である児童に対して十分な支援（加算による職員配置等）ができていない現状があるのではないかと推測される。被虐待加算認定数は187人であり、入所理由で「虐待・養育放棄、その恐れがあるため家庭分離が望ましいため」の1,082人（調査項目3(1)）の17.3%に留まっており、施設側の判断と児童相談所の判断に大きな乖離があることが推測される。ろう児への給付費等の加算は少ない。重複度が低いと言える。

[表20] 措置費・施設給付費の加算状況

	知的		自閉		盲		ろうあ		肢体療護		計	
	措置	契約	措置	契約	措置	契約	措置	契約	措置	契約	計	%
重度重複加算認定数	31	141	0	0	23	11	1	0	50	62	319	5.0
重度加算認定数	739	2,083	1	72	21	10	8	3	96	100	3,133	49.4
強度行動障害加算数	6	23	0	3	0	0	0	0	0	0	32	0.5
被虐待加算数	179	8	0	0	4	0	2	0	3	0	196	3.0

(2) 入所の状況

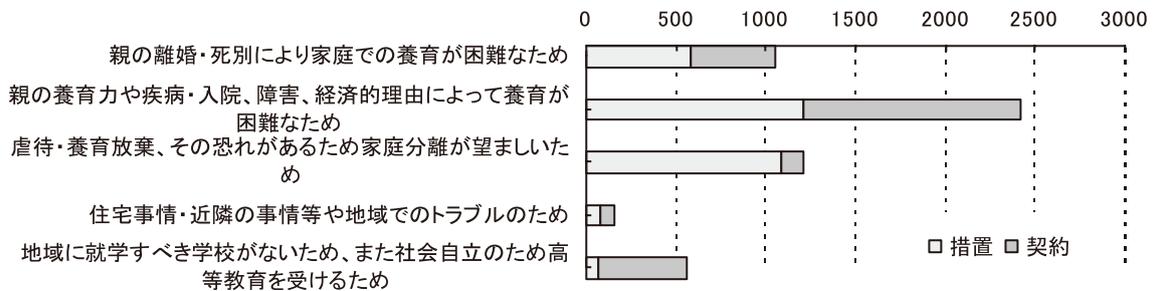
①入所の理由

入所の理由 [表21] は、知的障害・自閉症施設では主たる養育者の疾病や障害による養育力の低下が大きな原因になっている。また児童の問題として虐待の入所理由が増加傾向にあるが、措置の要件に当たらずの虐待が契約の扱いになっている現状が伺える。

また、本人の状況による入所理由については、家族の状況と相互の関係性の中で入所理由になっていることは言うまでもない。個々近年知的障害児施設では、発達障害児や愛着障害といわれる児童の入所が増加している。「ADL・生活習慣の確立」と合わせて「行動上の問題」が入所理由として増加していくと思われる。ろうあ児は、学校就学の理由が高いのは、ろう学校での教育を受けることが非常に重要度が高いことから隣接等のろうあ児施設に入所していると思われる。

障害児の入所施設の役割として、家庭の代替機能として生活機能を、多様化、複雑化していく入所児童への対応として療育機能がますます求められると思われる。

ろうあ児施設の入所理由、「社会自立のため、契約で」については、障害者自立支援法による契約制度の活用である。健常者と同等の仕事求められる聴覚障害児の社会自立の特異性を映していると思われる。



〔表21〕 入所の理由

家族の状況	知的		自閉		盲		ろうあ		肢体療護		計			
	措置	契約	措置	契約	措置	契約	措置	契約	措置	契約	措置	契約	計	%
親の離婚・死別により家庭での養育が困難なため	506	416	0	14	35	8	26	10	13	21	580	469	1049	16.6
親の養育力や疾病・入院、障害、経済的理由によって養育が困難なため	1,092	1,106	0	35	40	6	18	4	54	60	1,204	1,211	2415	38.3
虐待・養育放棄、その恐れがあるため家庭分離が望ましいため	977	105	1	2	40	2	26	2	38	19	1,082	130	1212	19.2
住宅事情・近隣の事情等や地域でのトラブルのため	71	85	0	1	0	0	2	0	0	0	73	86	159	2.5
地域に就学すべき学校がないため、また社会自立のため高等教育を受けるため	69	443	0	9	3	8	0	25	0	1	72	486	558	8.8

本人の状況	知的		自閉		盲		ろうあ		肢体療護		計			
	措置	契約	措置	契約	措置	契約	措置	契約	措置	契約	措置	契約	計	%
ADL・生活習慣の未自立なため訓練等支援が必要なため	812	1,265	1	21	17	10	14	9	43	45	887	1,350	2237	35.4
医療行為・医療的ケアが必要なため	75	102	0	2	0	0	0	0	0	0	75	104	179	2.8
行動上の問題から家庭に対応が困難となりその改善が必要なため	660	1,048	0	51	3	4	7	0	7	7	677	1,110	1787	28.3
地域での不適応、反社会的行動に対する改善が必要なため	171	106	0	0	1	1	3	0	0	0	175	107	282	4.5
学校就学のためや不登校の改善のため	258	306	0	2	6	4	6	10	11	11	281	333	614	9.7
その他	132	84	0	0	36	8	0	0	1	1	169	93	262	4.2

②虐待

前項の入所理由の件数と比較すると、施設が虐待〔表22〕に当たると判断しているケースの数が上回っていることになる。内容は「養育放棄・ネグレクト」が多く、続いて「身体的虐待」となっている。契約制度の導入後、児童相談所の支援の過程で関わりが希薄になり、保護者の意向のまま施設と契約している状況で、その実態の把握が困難になっているものとも考えられる。また「愛着障害が顕著な児童」は入所理由からも読み取れるように、家庭養育力の低下や不安定さが増すことになれば、さらに増加していく傾向になると考えられる。

〔表22〕 虐待による入所状況（複数回答）

種別	身体的虐待	養育放棄・ネグレクト	心理的虐待	性的虐待	経済的虐待等	延べ数	愛着障害が顕著な児童
知的	394	837	113	102	93	1539	252
自閉	0	0	0	0	2	2	0
盲	13	28	2	2	0	45	6
ろうあ	13	27	2	2	4	48	10
肢体療護	33	30	4	0	3	70	2
計	453人	922	121	106	102	1704	270

○在籍児童のうち虐待で入所した、また施設が児童票・面接等を通じて、入所後の経過をみて虐待と判断した場合も含む

## II 障害児入所施設（福祉型）の部

### ③新規入所の児童数

新規入所児童数〔表23〕は、18年度は、「措置」から「契約」への転換の年度であるため、移行した児童数がダブルカウントされている可能性がある。その他の年度を見ると21年度ではかなりの増加が読み取れる。その個々のケースを見る必要はあるが、前述の家庭基盤の状況やそれに伴った行動上の課題が入所数の増加に繋がっていると推察される。盲・ろうあ児施設の年間新入所児数には、契約制度になっても余り影響が無いようである。

また、入所する前の主な生活の場〔表23-2〕は、全種別、家庭からの入所が大きな割合になっている。知的障害児施設に関しては児童養護施設からの「措置変更」の数が多い。児童養護施設での知的障害を持つ児童が多いことを示している。その「措置変更」の理由が明らかではないので個々のケースの内容を見て、課題を議論する必要がある。

〔表23-1〕 新規入所児童数の動向

種別	17年度		18年度		19年度		20年度		21年度	
	措置	措置	契約	措置	契約	措置	契約	措置	契約	
知的	784	455	398	371	388	386	372	377	423	
自閉	7	0	8	0	11	0	10	0	6	
盲	16	8	1	10	2	10	1	10	2	
ろうあ	6	21	10	12	11	10	5	13	9	
肢体療護	23	20	7	10	3	12	5	18	15	
計	836	504	424	403	415	418	393	418	455	
		928		818		811		873		

〔表23-2〕 入所する前の主な生活の場

種別	家庭	里親	児童養護施設	児童自立支援施設	乳児院	福祉型障害児	医療型障害児	医療機関	学校寄宿舎	その他
知的	2,926	16	296	34	49	95	37	51	37	65
自閉	42	0	0	0	0	3	0	7	1	0
盲	38	0	4	0	11	1	5	0	0	0
ろう	73	0	4	2	4	2	1	0	2	0
肢体療護	66	1	5	0	10	2	15	2	1	4
計	3,145	17	309	36	74	103	58	60	41	69
%	73.7	0.3	7.2	0.8	1.7	2.4	1.3	1.4	0.9	1.6

### 福祉型・医療型内訳

種別	知的障害児施設	盲児施設	ろうあ施設	肢体不自由児療護施設	肢体不自由児施設	重症心身障害児施設
福祉型障害児施設	169	3	1	14	—	—
医療型障害児施設	—	—	—	—	40	9

## (3) 退所の状況

### ①退所した児童数

過去5年間の退所児童数の推移〔表24〕は、新規入所の児童数（表23）と対比すると、17年度-54人、18年度-138人、19年度には入退所の数が逆転し+9人、20年度+9人、21年度には+15人となっている。19年度を境に入所の需要が高まってきていると読み取れる。また、18年度は契約への移行の場合に措置解除されたため退所数にカウントされている数も含まれていると推察できる。

[表24] 退所した児童数（過去5年間）

種別	17年度	18年度		19年度		20年度		21年度	
	措置	措置	契約	措置	契約	措置	契約	措置	契約
知的	811	537	470	265	496	244	500	353	436
自閉	14	1	12	0	4	0	11	0	6
盲	15	8	2	10	5	8	5	13	5
ろう	25	19	0	6	11	13	6	14	11
肢体療護	25	13	4	4	8	4	11	10	10
計		578	488	285	524	269	533	390	468
	890		1,066		809		802		858

## ②進路先の生活の場

退所先の生活の場〔表25〕は、成人入所施設への移行が一番多く44.0%となっている。しかしながら家庭への移行も35.1%と高い比率になっている。児童入所施設における家庭復帰への取り組みの効果であると思われる。また、障害者自立支援法下でのグループホーム、ケアホームの促進により、児童施設からの進路先として選択肢が広がっている。

特に一般就労につく割合が6.0%となっており、就労可能な児童にとってはケアホームなどの福祉的な生活の場の保障は大変重要であり、就労支援と合わせて生活支援がさらに充実していく必要がある。盲児の退所後の生活場所は、成人施設が多い。ろう児の場合は、ほとんどが就労するために、生活場所は、家庭、又は、独立しての生活が多い。

[表25] 進路先の生活の場（上記5年間の退所児童の）

	家庭	成人入所施設	グループ・ケアホーム	他の児童施設	医療機関	アパート	企業の寮等	死亡	その他	うち一般就労
知的	1,421	1,825	468	151	37	7	30	41	109	245
自閉	12	34	1	1	0	0	0	0	0	0
盲	18	31	7	3	0	0	0	0	3	3
ろう	55	6	15	9	1	2	5	0	1	13
肢体療護	30	33	10	2	8	0	0	1	5	3
計	1,536	1,929	501	166	46	9	35	42	118	264
%	35.1	44.0	11.4	3.8	1.0	0.2	0.8	1.0	2.7	6.0

## ③退所時の年齢

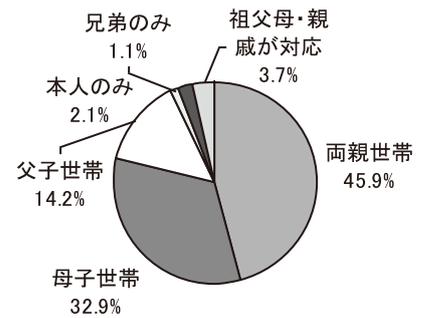
退所時の年齢〔表26〕では18歳までが多く、特別支援学校の高等部卒業時に進路が決定し退所となるケースが多いことがわかる。それでも18歳までの退所率は50.3%と半数に留まり、20歳以降の退所率は25.2%となっている。年齢超過の実態と言える。盲・ろう児の退所は、学校の卒業と連動している。卒業までは延長が可能であるが、卒業後は、在籍することは認められていない。

[表26] 退所時の年齢（上記5年間の退所児童の）

種別	6歳までに	～12歳まで	～15歳まで	～18歳まで	～20歳まで	～25歳まで	26歳以上
知的	72	345	341	1,252	998	516	539
自閉	0	0	3	10	19	2	14
盲	5	4	6	22	31	1	0
ろう	8	14	16	43	10	4	1
肢体療護	4	9	6	38	8	19	5
計	89	372	372	1,365	1,066	542	559
%	2.0	8.5	8.5	31.3	24.4	12.4	12.8

(4) 家庭の状況

世帯状況〔表27〕は、両親世帯が44.6%、母子世帯32.0%、父子世帯13.7%であるが、種別でみると知的は平均の44.7%と約半数、自閉は77.9%と高率である一方、盲は31.0%、ろうあ35.6%と低くなっている。両親ともいない児童は、427人6.7%であるが未成年後見人の選任が25人に過ぎない。



〔表27〕 家庭の状況（22年10月1日現在の世帯状況）

家庭の状況	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
両親世帯	2,584	60	40	47	93	2,824	44.6
母子世帯	1,838	15	47	52	74	2,026	32.0
父子世帯	812	2	22	20	16	872	13.7
兄弟のみ	62	0	2	1	3	68	1.0
本人のみ（親・兄弟姉妹いない）	97	0	6	2	25	130	2.0
祖父母・親戚が対応	213	0	2	8	6	229	3.6
未成年後見人が選任（上記のうち）	25	0	0	0	0	25	0.3
成年後見人が選任（上記のうち）	59	0	1	0	1	61	0.9
兄弟姉妹で入所 世帯	190 世帯	2	3	4	2	201	
人数	426 人	4	7	8	5	450	

3. 施設・設備・人員について

(1) 職員数・職種

① 職種別職員数

職種別職員数の設問は未回答施設も多く、集計の正確性に欠けるが回答数を集計しものが〔表28〕のとおりである。障害児施設に従事する職員の総数は、常勤換算が4,211人で1施設平均23.2人となっている。正規職員数は3,089人で全職員に占める割合は73.3%、常勤的臨時職員は17.4%、短時間非常勤職員は9.3%となっている。直接処遇職員の総数は、2,768人で全職員に占める割合は65.7%である。そのうち正規職員が直接処遇職員に占める割合は74.6%、常勤的臨時職員は18.0%、短時間非常勤職員は7.4%となっている。また、医師（嘱託医）については常勤職員が93人と解答欄に記入があったが別の調査等も勘案すると福祉型施設では短時間非常勤が主体と思われる。

[表28] 職種別職員数

職種	国基準数	配置数				合計 短時間は常勤 換算数による	
		正規常勤	臨時常勤	短時間・非常勤			
				人数	常勤換算数		
施設長	181	173	2	—	—	175	
事務員	181	254	20	26	15.9	290	
直接処遇職員	児童指導員	1,470	1,097	349	207	173	1,619
	保育士（有資格）	161	331	95	10	5.4	431
	職業指導員	48	68	9	0	0	77
	OT・PT・ST・臨床心理士等	1	9	0	8	1	10
	看護師・保健師	34	108	18	11	6.5	133
	心理担当職員	10	26	5	7	2.1	33
小計	2,086	2,066	498	269	204	2,768	
栄養士	81	122	12	6	4.1	138	
調理員	419	301	103	127	63	467	
介助員	107	65	44	80	42.9	152	
その他	8	30	38	97	33.1	101	
医師（嘱託医）	205	78	15	191	27.2	120	
合計	3,268	3,089	732	796	390	4,211	

## ②直接処遇職員の配置状況

障害児施設における直接処遇の正規・常勤職員総数〔表29〕は、2,934人、1施設当たり16.1人、職員1人当たり児童2.1人を対応する配置となっている。知的障害児施設は2,641人であり、1施設当たり17.0人となる。

直接処遇職員1名（正規常勤・臨時常勤）に対する児童数〔表29-2〕は、1.5人以下が16施設、～2.0人33施設、～2.5人44施設、～3.0人36施設と3.0人以下が全体の70.8%となり、配置基準の1（職員）：4.3を大きく超えて配置している。

[表29-1] 直接処遇職員の配置状況（正規常勤・臨時常勤）

		知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計
児童指導員・保育士	職員数	2,431	40	73	58	89	2,691
	回答施設数	155	2	8	8	6	179
職業指導員	職員数	76	1	0	0	0	77
	回答施設数	69	1	0	0	0	70
OT・PT・ST・臨床心理士等	職員数	3	0	0	0	6	9
	回答施設数	3	0	0	0	3	6
看護師・保健師	職員数	103	5	1	0	17	126
	回答施設数	76	2	1	0	6	85
心理担当職員	職員数	28	1	0	0	2	31
	回答施設数	26	1	0	0	2	29
合計職員数		2,641	47	74	58	114	2,934

職員1：児童数	：～1.5	：～2.0	：～2.5	：～3.0	：～3.5	：3.6～	無回答	計

③配置基準のない施設における加算

職員配置基準に無い職種について21年度から加算措置が講じられたが、その配置状況〔表30〕は看護師加算が50施設28.70%、栄養士加算が107施設（回答のうち基準配置施設も含まれている）、心理職員加算が23施設12.6%となっている。看護師や心理担当職員の少なさは、求人応募が少ない等雇用の困難さも背景にあると推察できる。

〔表30〕 職種加算の状況（配置基準の無い施設における加算）

	看護師加算	栄養士加算	心理職員加算
知的	48	103	21
自閉	基準配置	2	0
盲	1	1	1
ろう	1	0	0
肢体療護	基準配置	1	1
計	50	107	23

※栄養士加算は、40名以下の定員施設が対象となるが、回答には基準配置の施設も含まれている。

〔表31〕 調理業務の外部委託の状況（施設数）

	している	していない	無回答
知的	43	102	13
自閉	0	2	0
盲	0	8	0
ろう	1	7	0
肢体療護	2	4	0
計	46	123	13
%	25.2	67.5	

④調理業務の外部委託

障害児施設において調理業務を外部委託〔表31〕している施設は、46施設25.2%である。

(2) 施設建物の形態および生活支援体制について

①居住棟の築年数、居室の形態

障害児施設の居住等の築年数〔表32〕は、182施設のうち70施設（38.4%）が30年以上となっている。また、居室棟の総建物数〔表33〕は、182施設のうち102施設（56.0%）が1棟であった。障害児施設の建物の形態として、居室棟一体型が多く、生活単位の規模として21名以上のものが多くを占めている。一方で、ユニット型や分棟型の中に生活単位が21名以上のものが多く、調査票の記入の仕方が十分理解されていないことがあり、データとしては不完全なものとなってしまった。敷地外に生活の場を設けている施設15箇所あり32人の児童が生活をしている。

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	合計	%
～5年未満	13	0	0	0	1	14	7.6
～10年未満	17	0	1	0	0	18	9.8
～15年未満	18	0	0	1	1	20	10.9
～20年未満	11	0	0	1	0	12	6.5
～25年未満	12	0	0	0	0	12	6.5
～30年未満	7	0	0	0	1	8	4.3
30年以上	56	1	5	5	3	70	38.4
無回答	24	1	2	1	0	28	15.3
合計	158	2	8	8	6	182	

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	合計	%
1棟	85	0	6	6	5	102	56.0
2棟	21	2	1	1	0	25	13.7
3棟	11	0	0	0	0	11	6.0
4棟以上	12	0	0	0	0	12	6.5
無回答	29	0	1	1	1	32	17.5
合計	158	2	8	8	6	182	

		知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計
一 体	1. 居住棟の建物数	157	2	8	8	6	181
	2. 生活単位の構成数	676	3	34	15	45	773
	3. 直接支援する職員総数	1,857	19	75	73	111	2,135

II 障害児入所施設（福祉型）の部

内 訳		知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	
一 体	生活単位の規模（10名以下）	生活単位	122	1	6	5	19
		職員数	75	6	0	0	0
	生活単位の規模（20名以下）	生活単位	68	2	4	0	1
		職員数	53	13	0	0	0
	生活単位の規模（21名以上）	生活単位	637	0	1	2	3
		職員数	15	0	0	17	0
こ ん こ ん	生活単位の規模（10名以下）	生活単位	91	0	0	0	0
		職員数	12	0	0	0	0
	生活単位の規模（20名以下）	生活単位	237	0	0	0	15
		職員数	19	0	0	0	0
	生活単位の規模（21名以上）	生活単位	534	0	0	9	0
		職員数	11	0	0	0	0
分 棟	生活単位の規模（10名以下）	生活単位	23	0	0	0	0
		職員数	15	0	0	0	0
	生活単位の規模（20名以下）	生活単位	20	20	0	0	0
		職員数	68	22	0	0	0
	生活単位の規模（21名以上）	生活単位	2	0	0	0	0
		職員数	72	0	0	0	0

(3) 居室の状況

①居室面積

居室の総面積〔表35〕を定員で割り返した1人当たり面積〔表35-2〕は、最適基準の3.3㎡以下が6施設、3.4㎡～6.6㎡が60施設（36.2%）、6.7㎡～9.9㎡が50施設（27.4%）、10㎡以上が25施設（13.7%）と大人の障害者支援施設の面積基準に比すると手狭になっている。従って児童施設から者施設への転換等を検討する場合、改・増築しなければ大人の基準に合致しないことが課題となる。

〔表35-1〕居室のみの総面積

		知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	合計	%
	～100㎡	6	0	1	2	0	9	4.9
	～200㎡	31	0	2	3	1	37	20.3
	～300㎡	45	0	2	1	1	49	26.9
	～400㎡	10	2	0	0	1	13	7.1
	～500㎡	15	0	0	0	1	16	8.7
	500㎡以上	13	0	1	1	2	17	9.3
	不明・無回答	38	0	2	1	0	41	22.5
合計		158	2	8	8	6	182	

[表35-2] 定員1人あたりの居室面積

	～2.47㎡	～3.3㎡	～6.6㎡	～9.9㎡	10.0㎡以上	無回答	計
知的	4	1	53	44	18	38	158
自閉	0	0	0	2	0	0	2
盲	0	1	2	0	3	2	8
ろうあ	0	0	4	2	1	1	8
肢体療護	0	0	1	2	3	0	6
計	4	2	60	50	25	41	182
% (N=141)	2.8	1.4	42.5	35.4	17.7	—	

②居室規模（形態）の状況

居室形態〔表36〕は、総部屋数（2,974部屋）のうち個室は、865室（29.0%）であるが、個室化率は自閉52.2%、知的30.0%と平均より高く、盲8.1%、ろうあ・肢体13～14%にとどまっている。2人部屋が941室（31.6%）となり、個室と2人部屋が全体の60.6%を占めている。3人部屋が271室（8.6%）、4人部屋が664（22.3%）、5人部屋が101室（3.3%）、6～8人部屋が117室（3.9%）、11人以上の部屋が15室（0.5%）となり、一部屋当たり5人以上の部屋は全部で233室あり、全体の7.8%であった。

このように個室で生活する児童は865人で在籍児童の13.6%、2人部屋も941室で1,882人29.7%と半数以上の児童が大部屋での生活をしている。

[表36] 居室形態（規模）

	個室		2人部屋	3人部屋	4人部屋	5人部屋	6～8人部屋	11人以上部屋	計
	数	%							
知的	818	30.0	877	233	614	82	87	14	2,725
自閉	23	52.2	5	6	9	0	1	0	44
盲	6	8.1	33	13	14	2	6	0	74
ろうあ	9	12.1	15	19	13	2	10	0	68
肢体療護	9	14.2	11	0	14	15	13	1	63
計	865	29.0	941	271	664	101	117	15	2,974
%	29.0		31.6	9.1	22.3	3.3	3.9	0.5	

## 4. 支援体制

### (1) 支援の内容等の状況

#### ① 就学前の児童の対応

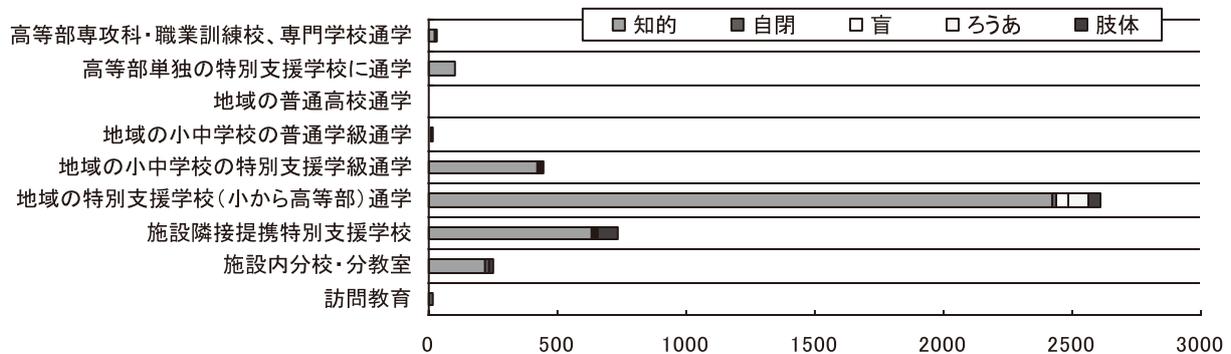
就学前の児童〔表37〕は、54施設で114人が生活している。（年齢の項では125人在籍している）その支援は幼稚園、盲・ろうあ学校の幼稚部等に24人（21.0%）、保育所1人（0.8%）、通園施設等6名（5.2%）、その他の83名（80.7%）が施設内の訓練・保育となっている。施設の幼児に対する早期療育体制の拡充とともに同年齢の子どもとの交流の場が必要となる。

〔表37〕 就学前児童の対応

就学形態	知的		自閉		盲		ろうあ		肢体療護		計 人数
	施設数	人数	施設数	人数	施設数	人数	施設数	人数	施設数	人数	
就学前児童の在籍状況	42	79	0	0	5	14	3	10	4	11	114
内 訳	幼稚園・特別支援学校幼稚部に通園	9	0	0	7	5	3	0	0	0	24
	保育所に通所	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	通園施設・児童デイ等療育機関	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
	園内訓練・保育	63	0	0	7	5	0	0	0	0	83

#### ② 学齢児童の通学状況

就学形態は、学齢児童の通学先〔表38〕としては地域の特別支援学校への通学が159校、2,619人と多く、全体（392校、4,234人）に占める割合は、学校数が40.5%、人数が61.8%となっている。施設隣接提携特別支援学校がそれぞれ8.6%・17.4%、地域の小中学校の特別支援学級通学が32.1%・10.6%、施設内分校・分教室が3.3%・5.8%となっている。



〔表38〕 通学する学校の類型別の状況

就学形態	知的		自閉		盲		ろうあ		肢体療護	
	学校数	人数	学校数	人数	学校数	人数	学校数	人数	学校数	人数
訪問教育	1	5	1	12	0	0	0	0	0	0
施設内分校・分教室	10	219	1	17	0	0	0	0	2	12
施設隣接提携特別支援学校	28	633	1	8	1	6	1	10	3	80
地域の特別支援学校（小から高等部）通学	130	2422	1	13	9	47	15	85	4	52
地域の小中学校の特別支援学級通学	115	421	0	0	3	7	4	15	4	6
地域の小中学校の普通学級通学	5	5	0	0	3	5	2	3	2	3
地域の普通高校通学	5	6	0	0	1	1	2	2	0	0
高等部単独の特別支援学校に通学	24	98	0	0	2	4	2	3	1	1
高等部専攻科・職業訓練校、専門学校通学	7	25	0	0	2	8	0	0	0	0
計	325	3834	4	50	21	78	26	118	16	154

## ③学校を卒業した児童に対する支援

学校を卒業した児童に対する支援〔表39〕は、職場実習に参加が142人で、全体の人数（1,426人）に占める割合は9.9%、敷地内法人の成人施設の活動に参加が289人で20.2%、独自の職業・作業指導が995人で69.7%と7割は児童施設単独の活動となっている。従って、学齢児童が学校に行っている間の活動が中心となっている。

〔表39〕 学校を卒業した児童に対する支援

	知的		自閉		盲		ろうあ		肢体療護		計 (N=1,426)		
	施設	人数	施設	人数	施設	人数	施設	人数	施設	人数	施設	人数	%
職場実習に参加	36	122	0	0	1	1	1	2	1	17	39	142	9.9
敷地内法人の成人施設の活動に参加	42	289	0	0	0	0	0	0	0	0	42	289	20.2
独自の職業・作業指導	85	964	2	27	1	2	1	2	0	0	89	995	69.7

## ④行動・心理面に対する支援

入所児童数（6,330人）に対する行動・心理面に対する支援における環境等の配慮〔表40〕は、心理療法等の専用の場を設けて対応しているが269人で、障害児施設全体の4.2%、個室・パーテーション等生活の場での環境調整に配慮しているが808人で、12.7%、施錠等の物理的対策を講じなければ、安全が確保できないが499人で7.8%、常時マンツーマンでの対応・見守りを必要とするが351人で、5.5%であった。種別でみると自閉症児施設は、安全が確保できない45.4%、環境調整が36.3%、マンツーマン対応は15.5%と高くなっている。肢体不自由児療護施設がマンツーマン対応14.7%と高く、障害特性を反映している。

〔表40〕 行動・心理面に対する支援

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
1. 心理療法等の専用の場を設けて対応	230	6	3	1	29	269	4.2
2. 個室・パーテーション等生活の場での環境調整に配慮している	742	28	7	18	13	808	12.7
3. 施錠等の物理的対策を講じなければ、安全が確保できない	456	35	1	1	6	499	7.8
4. 常時マンツーマンでの対応・見守りを必要とする	303	12	4	0	32	351	5.5

## ⑤寄宿舎の利用

施設在籍で寄宿舎を利用している人数〔表41〕は、知的障害児施設が10施設25人で、ろうあ児施設が1施設1人であり、そのほかの障害児施設は0であった。

〔表41〕 施設在籍で寄宿舎を利用している人数

	児童	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計
人数	25	0	0	1	0	26
施設数	10	0	0	1	0	11

(2) 職員の勤務体制等について

①夜間の支援体制について

夜間支援体制〔表42〕は、宿直制が83施設45.6%、夜勤と宿直併用制が24施設と半数を超える施設が宿直制を採用している。完全な夜勤制は55施設30.2%に止まっている。

1日当たりの夜間勤務職員数〔表42-2〕は、2人の施設が91施設50.0%となっている。また、夜勤一人がみる児童数〔表42-3〕は11～15人が44施設24.2%で、あとは10人以下が26施設14.3%、16～20人が30施設16.5%、21～25人が28施設15.4%、26～30人が29施設15.9%と同じような数値となり、30人以上は8施設4.4%と少なかった。

職員1人当たりの夜勤月平均回数〔表42-4〕は、4回以下が101施設55.5%で最も多く、次いで5回が40施設22.0%となっている。

〔表42-1〕 夜間勤務体制

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
夜勤制	48	0	2	1	4	55	30.2
宿直制	70	1	5	5	2	83	45.6
夜勤・宿直併用	22	1	0	1	0	24	13.2
無回答	18	0	1	1	0	20	11.0

〔表42-2〕 夜間勤務職員数

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
1人	23	0	3	4	0	30	16.5
2人	77	1	4	4	5	91	50.0
3人	26	1	1	0	1	29	15.9
4人	6	0	0	0	0	6	3.3
5人以上	9	0	0	0	0	9	4.9
無回答	17	0	0	0	0	17	9.3

〔表42-3〕 夜間職員1人がみる児童数

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
～10人	18	0	4	3	1	26	14.3
～15人	38	1	1	3	1	44	24.2
～20人	28	0	1	0	1	30	16.5
～25人	22	1	2	0	3	28	15.4
～30人	27	0	0	2	0	29	15.9
30人以上	8	0	0	0	0	8	4.4
無回答	17	0	0	0	0	17	9.3

〔表42-4〕 職員月平均回数

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
4回以下	90	1	2	4	4	101	55.5
5回	31	1	4	2	2	40	22.0
6回	16	0	0	1	0	17	9.3
7回以上	7	0	1	1	0	9	4.9
無回答	14	0	1	0	0	15	8.2

②日中の支援体制

日中の支援体制について勤務時間帯とその時間における職員配置数〔表43〕を見てみる。どの施設も早番、遅番の体制を採っている。断続勤務は、45施設24.7%に止まる。その勤務時間は〔表43-2〕は早番が6時台 98施設53.8%と早い時間に出勤している。日勤は8時から9時までが9割、遅番の退勤時間は20時から21時までが92施設50.2%となっている。朝6時頃から夜は21時頃までは夜間勤務職員以外の早番・遅番の勤務職員が勤務している施設が多く、その時間以外が夜間体制となっている。

朝の体制〔表43-3〕では職員1人で10人以下の子どもを見る職員配置は35施設19.2%、15人以下84施設46.1%、20人以下23施設12.6%と10人から15人に職員1人が半数の施設で、定員でみれば、30名の児童に職員が2人から3人で朝の業務をこなしていることになる。下校後からの就寝までの体制は朝に比すと1～2名配置数が多くなっている。

休日は平日に比して少ない職員体制をとっている施設が多く見られる。

〔表43-1〕 時間帯別の勤務者数

		知的		自閉		盲		ろうあ		肢体療護	
		平日	休日	平日	休日	平日	休日	平日	休日	平日	休日
朝	人数	776	628	16	13	27	20	29	20	39	35
	施設数	136	133	2	2	8	7	8	8	6	6
日勤	人数	1,185	875	20	15	44	32	50	33	61	54
	施設数	137	134	2	2	8	8	7	7	6	6
夕・遅番	人数	828	712	16	12	35	26	31	26	47	44
	施設数	133	133	2	2	8	7	7	7	6	6
断続	人数	107	77	4	1	4	5	4	1	3	3
	施設数	36	36	1	1	3	3	3	1	2	2

〔表43-2〕 勤務開始時間 <早番>

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計
～6:00台	84	1	5	6	2	98
7:00台	53	1	2	2	4	62
8:00台～	2	0	0	0	0	2
無回答	19	0	1	0	0	20
計	158	2	8	8	6	182

<遅番>

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計
～8:00台	1	0	0	0	0	1
9:00台	7	0	0	0	0	7
10:00台	17	0	1	0	1	19
11:00台	37	0	0	0	0	37
12:00台	53	0	3	2	4	62
13:00台	20	2	3	5	1	31
14:00台	1	0	0	0	0	1
15:00台	2	0	0	0	0	2
16:00台～	2	0	0	0	0	2
無回答	18	0	1	1	0	20
計	158	2	8	8	6	182

<日勤>

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計
～7:00台	4	0	1	0	0	5
8:00台	104	1	3	2	4	114
9:00台	39	0	3	5	2	49
10:00台	2	1	0	1	0	4
11:00台～	2	0	1	0	0	3
無回答	7	0	0	0	0	7
計	158	2	8	8	6	182

[表43-3] 時間帯別の職員1人がみる児童数別の状況

(施設数)

		知的		自閉		盲		ろうあ		肢体療護	
		平日	休日	平日	休日	平日	休日	平日	休日	平日	休日
朝	～10人	29	19	0	0	4	2	1	0	1	1
	～15人	73	68	1	1	3	5	5	4	2	2
	～20人	22	29	0	0	0	0	0	2	1	1
	～25人	11	11	0	0	0	0	0	0	1	0
	～30人	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0
	30人超	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	回答施設数	141	137	1	1	7	7	6	6	5	4
日勤	～10人	80	45	2	2	6	4	1	0	2	2
	～15人	49	70	0	0	1	3	5	6	2	2
	～20人	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0
	～25人	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	～30人	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	30人超	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	回答施設数	140	137	2	2	7	7	6	6	4	4
遅番	～10人	38	26	0	0	5	3	0	0	1	1
	～15人	72	75	1	1	2	4	4	3	3	3
	～20人	15	18	0	0	0	0	2	3	1	1
	～25人	6	8	0	0	0	0	0	0	0	0
	～30人	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	30人超	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0
	回答施設数	136	135	1	1	7	7	6	6	5	5

## 5. 相談支援・在宅支援体制

### (1) 児童施設が中心となって実施している児童期の支援事業について

#### ①法律等による制度・事業

法人等において実施している事業のうち、障害児施設が中心となって実施している児童期の事業は、表44のとおりである。

○短期入所事業を実施している施設は158施設で、回答のあった障害児施設全体（182施設）に占める割合は86.8%である。平成21年度の延べ利用日数は49,931日で、1施設当たりの平均は274.3日になる。児童期の短期入所は、家庭での一時的な養育困難な場合が多く、利用実績が他の調査では年々増加傾向にあるが突発的・一時的で短期間が多いのが特徴で単独型は20施設12.6%で児童だけの単独事業所として維持は難しいといえる。従って、入所施設の空き部屋利用という空床型で実施している64施設、実施施設の40.5%、専用居室を用意しているのは74施設、同46.8%で285人分しか整備されていない。

○児童デイサービスⅠ型事業を実施している施設は11施設で、障害児施設全体に占める割合は6.0%である。一施設当たりの平均定員は19.5人となる。また平成21年度の総利用（契約）児童数は715人で、1施設当たりの平均は65.0人になる。

○児童デイサービスⅡ型事業を実施している施設は17施設で、障害児施設全体に占める割合は9.3%である。一施設当たりの平均定員は12.0人となる。また平成21年度の総利用（契約）児童数は663人で、1施設当たりの平均は39.0人になる。

○日中一時支援事業を実施している施設は134施設で、障害児施設全体に占める割合は73.6%である。一施設当たりの平均定員は5.5人となる。また平成21年度の総利用（約）児童数は4,230人で、1施設当たりの平均は31.5人になる。

○グループホーム・ケアホームの設置・バックアップを実施している施設は21施設で、障害児施設全体に占める割合は11.5%である。設置箇所数は54箇所、総定員数が235人であり、1か所あたりの平均定員数は4.3人となる。

○障害児等療育支援事業は、学齢期を中心とする障害児入所施設が子どもや保護者に対する相談支援として重要であるがこれも34施設18.6%に止まる。外来や巡回による相談や保育所・幼稚園等の施設支援の実施して地域の専門療育機関としての役割を担うものであるが残念ながら2割程度の実施率となっている。

		知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計		
短期入所事業	実施施設数	136	2	8	7	5	158	86.8	
	内訳	空床のみ実施	52	1	3	4	4	64	(40.5)
		空床+専用居室実施	66	1	4	2	1	74	(46.8)
		専用居室（人数）	260	3	10	8	4	285	
		単独型実施	18	0	1	1	0	20	(12.6)
		単独型（人数）	62	0	2	1	0	65	
21年度延べ利用日数	43,042	2,840	366	1,110	2,573	49,931			
児童デイサービス I型	実施施設数	9	0	0	0	2	11	6.0	
	定員	185	0	0	0	30	215		
	総利用（契約）児童数	578	0	0	0	137	715		
	複数の指定事業所	13	0	0	0	0	13		
児童デイサービス II型	実施施設数	15	1	0	0	1	17	9.3	
	定員	185	10	0	0	10	205		
	総利用（契約）児童数	644	16	0	0	3	663		
	複数の指定事業所	4	0	0	0	0	4		
日中一時支援事業	実施施設数	117	1	7	5	4	134	73.6	
	定員	658	1	29	29	24	741		
	総利用（契約）児童数	3,986	10	51	93	90	4,230		
	委託契約の市町村数	552	3	30	26	18	629		
居宅介護		3	0	0	0	0	3	1.6	
重度訪問介護		0	0	0	0	0	0		
行動援護		4	0	0	0	0	4	2.1	
移動支援		4	0	0	0	0	4	2.1	
重度心身障害児者通園事業B型		2	0	0	0	1	3	1.6	
グループホーム・ケアホーム の設置・バックアップ	実施施設数	17	0	1	1	2	21	11.5	
	箇所数	50	0	2	0	2	54		

②施設として独自に地域を対象とした事業

障害児施設として、独自に地域を対象として実施している事業・サービス〔表45〕は、（1施設で複数の事業をしているところがある）子育てに対する援助方法等療育相談会を実施している施設は17施設9.3%で、親を対象とした懇談会・学習会を実施している施設は32施設17.5%、母子体験訓練を実施している施設は8施設0.4%、ボランティア講座・体験学習・地域住民への研修を実施している施設は30施設16.4%、専門的療育援助セッションを実施している施設は8施設4.3%、放課後療育（保育）を実施している施設は15施設8.2%、児童・生徒の福祉体験交流を実施している施設は50施設27.4%、通院等に対する職員派遣を実施している施設は14施設7.6%、送迎サービスを実施している施設は20施設10.9%、余暇活動支援を実施している施設は25施設13.7%である。

〔表45〕 地域を対象として実施している事業・サービス

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
1. 子育てに対する援助方法等療育相談会	16	0	0	0	1	17	9.3
2. 親を対象とした懇談会・学習会	31	0	0	0	1	32	17.5
3. 母子体験訓練	8	0	0	0	0	8	0.4
4. ボランティア講座・体験学習・地域住民への研修	27	0	1	1	1	30	16.4
5. 専門的療育援助セッション	6	1	0	0	1	8	4.3
6. 放課後療育（保育）	13	0	1	1	0	15	8.2
7. 児童・生徒の福祉体験交流	46	0	1	0	3	50	27.4
8. 通院等に対する職員派遣	12	0	1	1	0	14	7.6
9. 送迎サービス	18	0	1	1	0	20	10.9
10. 余暇活動支援	21	0	1	2	1	25	13.7

(2) 市町村等関係機関との連携について

市町村等関係機関との連携を行っている状況〔表46〕は、障害児施設で都道府県自立支援協議会への参加している施設は34施設18.6%である。都道府県自立支援協議会における子ども部会等が設置されていると回答した施設は21施設11.5%に止まる。市町村等の地域自立支援協議会へ参加している施設は93施設51.0%と多く、しかし、所在地の市町村で子ども部会等が設置されていると回答した施設は50施設27.4%と半数に止まる。都道府県及び市町村とも自立支援協議会での子どもを専門に対応する部会の設置が少ないことがわかる。

他の障害児のサービス事業所との定例的な協議の場を設けている施設は53施設29.1%、要保護児童地域対策協議会に参加している施設は23施設12.6%、特別支援学校等の地域交流・進路支援等について協議の場へ参加している施設は153施設84.0%、市町村の所管課と定例的な協議の場が設けられている施設は61施設33.5%、管内等の児童相談所と定例的に児童に関する協議の場を設けている施設は114施設62.6%であった。

〔表46〕 市町村等関係機関との連携

複数回答	知的	自閉	盲	ろう	肢体療護	計	%
都道府県自立支援協議会への参加	31	0	2	1	0	34	18.6
都道府県自立支援協議会における子ども部会等の設置	21	0	0	0	0	21	11.5
市町村等の地域自立支援協議会へ参加している	81	1	4	4	3	93	51.0
所在地の市町村で子ども部会等が設置されている	41	0	2	3	4	50	27.4
他の障害児のサービス事業所との定例的な協議の場を設けている	46	1	2	2	2	53	29.1
要保護児童地域対策協議会に参加している	20	0	1	0	2	23	12.6
特別支援学校等の地域交流・進路支援等について協議の場へ参加している	135	2	6	5	5	153	84.0
市町村の所管課と定例的な協議の場が設けられている	56	0	2	2	1	61	33.5
管内等の児童相談所と定例的に児童に関する協議の場を設けている	99	1	5	6	3	114	62.6

## 6. 在所延長に関する課題

### (1) 在所延長児童数の状況

今回の調査時における満18歳以上の在所延長児童数〔表47〕は、1,970人31.1%で、種別では高い順に肢体療護44.2%、自閉36.3%知的31.6%、盲10.8%、ろうあ3.0%でした。年度単位の人数は、22年度末で2,176人34.3%と増加し、この5年間で一番多くなる。5年間の平均では2,130人である。

施設における在所延長児童の在籍率（延長率）〔表47-2〕をみると0%は、32施設、20%未満40施設、概ね児童が主体のが72施設と39.5%、逆に成人中心が6割以上の施設が34施設18.6%である。

〔表47-1〕年次別の満18歳以上の在所延長児童数

種別	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	1年平均
知的	1,945	1,992	1,973	1,929	2,017	1,971
自閉	29	29	35	30	33	31
盲	16	19	19	16	19	18
ろう	15	11	11	10	5	10
肢体療護	93	97	102	104	102	100
計	2,098	2,148	2,140	2,089	2,176	2,130

（4月1日から年度末までに満18歳以上の在籍児童数、22年度は年度末までの満18歳を含む数）

〔表47-2〕在所延長率別の施設状況

(施設数)

種別	0%	～20%未	～40%未	～60%未	～80%未	～100%未	100%	無回答
知的	31	35	43	24	10	11	3	1
自閉	0	1	1	0	0	0	0	0
盲	0	1	2	0	4	0	1	0
ろうあ	1	1	3	2	1	0	0	0
肢体療護	0	2	2	2	0	0	0	0
計	32	40	51	28	15	15	4	2
%	17.6	22.0	28.0	15.4	8.2	6.0	2.2	1.0

### (2) 在所延長規定に関する課題について

#### ①延長規定に対する施設の見解

「第31条」の満20歳までの措置延長規定〔表48〕については、廃止すべきであるが28施設15.4%、継続すべきであるが108施設59.3%という結果であった。また、「第63条の2」の満20歳以上の措置延長規定〔表48-2〕および「63条の3の2」の契約利用の場合の満18歳以上の延長規定〔表48-3〕については、廃止すべきである、年齢の上限を設けるべきが、双方とも半数の施設が無期限の延長規定では良くないとの意向である。

廃止した場合の児童施設での対応の年齢の上限〔表48-4〕については、「第31条」の満20歳までの措置延長規定との関連からか、20歳までが76施設41.7%となった半面、25歳以上は、30施設16.5%であった。今回の法改正で「20歳まで」と年齢の上限が決まったが、世間一般的に大学等に進学する年齢までを考慮しなければならないとの意向も伺える。

〔表48-1〕「第31条」の満20歳までの措置延長規定

について	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
廃止すべきである	27	1	0	0	0	28	15.4
継続すべきである	92	0	7	6	3	108	59.3
どちらともいえない	32	1	0	2	3	38	20.9

〔表48-2〕 「第63条の2」の満20歳以上の措置延長規定について

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
廃止すべきである	54	1	0	1	1	57	31.3
継続すべきである	34	0	2	3	1	40	22.0
年齢の上限を設けるべき	38	0	4	3	1	46	25.3
どちらともいえない	25	1	1	1	3	31	17.0

〔表48-3〕 「63条の3の2」の契約利用の場合の満18歳以上の延長規定について

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
廃止すべきである	26	1	0	0	0	27	14.8
継続すべきである	44	0	4	3	2	53	29.1
年齢の上限を設けるべき	56	1	2	3	2	64	35.2
どちらともいえない	21	0	1	2	2	26	14.3

〔表48-4〕 在所延長の廃止の場合は、上限年齢

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
18歳	12	1	0	0	0	13	7.1
19歳	2	0	0	0	0	2	1.1
20歳	52	1	3	3	2	61	33.5
21歳	3	0	1	0	0	4	2.2
22歳	9	0	1	1	0	11	6.0
23歳	11	0	0	0	0	11	6.0
25歳以上	28	0	1	1	0	30	16.5

② 満18歳以上の延長規定の廃止の場合

満18歳以上が児童施設に在所する場合の対応〔表49〕は、今回の法改正で成人施設と同様に昼夜分離して、児童施設で一体的に対応することも考えられるが、122施設67.0%が昼夜分離して対応しなければならないと考えているようである。

〔表49〕 満18歳以上の延長規定の廃止の場合、在籍児童の対応について

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
成人と同様に昼夜分離して地域・法人の日中の事業に通所可能とする	38	0	6	6	1	51	28.0
他の事業所に通所しない場合は、現状のとおり児童施設で対応する	28	0	0	0	1	29	15.9
学校高等部専攻科等の専門教育を受ける、またその機会を確保する	64	2	0	1	4	71	39.0

③ 在所延長規定が廃止された場合、入所定員の維持について

入所定員の維持〔表50〕については、「可能である」が49施設26.9%、一方「困難である」が65施設35.7%であった。

〔表50〕 在所延長規定が廃止された場合、入所定員の維持

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
定員維持は可能である。	43	0	3	3	0	49	26.9
なんともいえない	36	2	3	4	3	48	26.3
満20歳以上の者がゼロとなった場合、現在の定員維持は困難である。	63	0	0	1	1	65	35.7

④ 在所延長の理由背景

在所延長の理由〔表51〕については、「障害者入所施設への入所を希望しているが、満床等により待機」が112施設（61.5%）988人（50.1%）と最も多く、「保護者が成人施設への移行に消極的であったり、手続きが進まないため入所待機している」が66施設（36.2%）528人（26.8%）で、児童期に施設入所した75%

が引き続き入所支援を希望して待機している。また、「特別支援学校専攻科、職業訓練専門学校就学のため卒業まで在籍している」が17施設（9.3%）95人（4.8%）であった。今回の法改正で、「在所延長は20歳まで」との結論を得たが、新しく入所施設を創設することができない時代、難しい対応が迫られている。

〔表51〕 満18～20歳以上の方が在籍している理由及びその人数

%はn=1,970人		知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
1. 両親もなく他の施設に移行が困難	回答施設	32	0	1	1	2	36	19.7
	人数	55	0	1	0	29	85	4.3
2. 保護者が成人施設への移行に消極的であったり、手続が進まないため入所待機している	回答施設	59	1	2	0	4	66	36.2
	人数	463	1	5	0	59	528	26.8
3. 地域移行や成人施設への移行が下記の理由で困難								
①身近に施設があるが、本人の障害により受け入れ拒否	回答施設	26	0	0	1	0	27	14.8
	人数	111	0	0	0	0	111	5.6
②その児童の障害特性に合う支援機能を持つ施設なし	回答施設	36	0	0	1	1	38	20.8
	人数	142	0	0	0	1	143	7.2
③障害者入所施設への入所を希望しているが、満床等により待機	回答施設	103	2	2	2	3	112	61.5
	人数	942	27	6	1	12	988	50.1
④ケアホーム等に入所を希望しているが、その受け皿の絶対数が不足	回答施設	27	0	1	1	1	30	16.4
	人数	106	0	1	3	2	112	5.6
4. 特別支援学校専攻科、職業訓練専門学校就学のため卒業まで在籍しているため（高3等は除く）	回答施設	13	0	2	1	1	17	9.3
	人数	43	0	7	1	44	95	4.8

⑤在所延長児童に対する対策

在所延長児童に対する対策〔表52〕については、「これまでに児童施設定員削減し成人定員の増員等の一部児・者転換した」が41施設（22.5%）、「グループホーム等を設置して退所を促してきた。今後予定している」が47施設（25.8%）と、積極的に取り組みを行っている施設がある一方で、「特にしていない」が67施設（36.8%）と、各施設の在所延長解消の取り組みに温度差があることが伺える。

また、「満18歳又は20歳以上の利用契約を解除する」が9施設（4.9%）あることは、今回の法改正を予想しての取り組みではないかと思われる。

〔表52〕 在所延長児童の増加に対する解消に向けた対策、今後の予定について

(複数回答)	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
これまでに児童施設定員削減し成人定員の増員等の一部児・者転換した。	39	0	1	1	0	41	22.5
平成11年型児・者併設型を導入した	11	0	1	1	0	13	7.1
平成11年型児・者併設型の導入を予定している	3	1	0	0	0	4	2.1
グループホーム等を設置して退所を促進してきた。今後予定している	43	0	2	1	1	47	25.8
児童施設を廃止して成人施設に転換する	7	1	0	0	0	8	4.3
満18歳又は20歳以上の利用契約を解除する	8	1	0	0	0	9	4.9
特にしていない	55	1	3	5	3	67	36.8

## 7. 障害児施設の一元化等に向けて

### (1) 障害児施設の一元化に向けての現状認識

障害児施設の一元化は、本調査集計等の段階で児童福祉法改正により平成24年4月から実施となったが、施設の現場の一元化に関する現状認識〔表53〕については、「現状では不安がある」、「困難である」と考えている施設が9割に達しているとの回答であった。

〔表53〕一元化に向けた現状認識

	知的	自閉	盲	ろう	肢体療護	計	%
(1) 重複障害の対応から現状で可能	2	0	3	3	0	8	4.3
(2) 現状では不安がある	66	0	3	5	3	77	42.3
(3) 困難である	81	2	1	0	3	87	47.8
無回答	9	0	1	0	0	10	5.4

### (2) 一元化に向けた対策

#### ①建物・設備等の対策

改築の必要性〔表54〕については、「全面的な改築」が84施設（46.1%）、「現状で一部改築」が56施設（30.7%）と7割強の施設が「改築の必要がある」と考えている。重複障害の対応の現状（設備等）について〔表54-2〕は、約4割の施設は現時点においても車椅子でのサポート対応ができることが伺える。反面、設備等改修では〔表54-3〕、浴室の改修71.9%、トイレ64.2%の必要性が高く、「障害特性に応じた生活空間の確保（小規模ユニット等の対策）」、居室の改修、個室の増等をはじめ大半の施設で何らかの改修をしなければならないと考えている。

〔表54-1〕一元化に向けて改築の必要性について

（施設数）

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
(1) 全面的な改築	73	2	2	3	4	84	46.1
(2) 現状で一部改築	50	0	2	3	1	56	30.7
(3) 現状でなんとか可能	8	0	3	1	1	13	7.1
無回答	27	0	1	1	0	29	

〔表54-2〕重複障害の対応の現状（設備等）

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
①車椅子で段差等がなく移動が可能な施設	60	0	1	2	5	68	37.3
②車椅子でトイレが使用できる施設	53	0	4	4	5	66	36.2
③入浴設備（スロープ・リフト浴・特殊浴槽）で対応が可能な施設	10	0	2	1	2	15	8.2

〔表54-3〕設備等の改修

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
1) 障害特性に応じた生活空間の確保（小規模ユニット等の対策）	98	2	1	2	5	108	59.3
2) 個室の増加	97	1	2	4	5	109	59.9
3) 居室の改修	102	1	1	3	5	112	61.5
4) 段差等のバリアフリーの改修	92	2	2	4	0	100	54.9
5) 浴室の改修	119	2	2	4	4	131	71.9
6) トイレの改修	106	2	2	3	4	117	64.2
7) エレベーターの設置	30	0	2	4	0	36	19.7
8) 非常用避難スロープの設置	68	0	1	2	1	72	39.5
9) 視覚障害のための誘導設備	108	2	1	2	4	117	64.2
10) 聴覚障害のための誘導設備	101	2	1	0	3	107	58.7

## ②職員配置や職員の専門性について

一元化に向けた職員の専門性や配置基準について [表55] は、「職員配置基準の増員」が150施設（82.4%）と、ほとんどの施設が現時点の配置基準では難しいと考えていることが伺える。また、「専門性の確保が必要」と約半数の施設が考えているようです。また、職員の資格要件・研修等について [表56] は、「何らかの策を講じることが必要」と考えている施設が大半のようです。現障害種別の職員の他の障害に対する専門的スキルに不足する [表57] ことが手話、点字の技能の習得が課題となる。

[表55] 一元化に向けた職員の専門性や配置基準について

(複数回答)	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
(1) 職員配置基準の増員	131	2	6	5	6	150	82.4
(2) 理学療法士	88	2	0	0	2	92	50.5
(3) 作業療法士	77	2	0	0	3	82	45.0
(4) 看護師の基準配置	111	1	6	5	4	127	69.7
(5) 臨床心理士	74	1	4	3	5	87	47.8
(6) 言語聴覚士	69	2	1	0	3	75	41.2
(7) 相談支援に係る専門職	66	0	2	1	4	73	40.1
(8) ケースワークの専門職	58	1	3	2	3	67	36.8

[表56] 職員の資格要件・研修等について

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
(1) 職員の専門性の習得のため現任研修が必要	114	2	5	5	5	131	71.9
(2) 保育士等の養成において専門性の向上が必要	74	1	2	2	3	82	45.0
(3) 人材確保に向けた待遇改善が必要	105	2	4	5	4	120	65.9

[表57] 重複障害（盲・ろうあ）への職員の専門技能

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
手話等意思疎通ができる職員がいる施設数	17	0	7	8	1	33	18.1
その職員数	26	0	35	71	1	133	
点字・指文字等で意思疎通ができる職員がいる施設数	5	0	6	4	0	15	8.2
その職員数	4	0	29	12	0	45	

## (3) 一元化に向けた制度上の課題

一元化の場合の対応方法について [表58] は、「完全に障害種別を取り払う」が3施設（1.6%）しかなく、「主たる障害名を対象として対応する」が70施設（38.4%）、「一元化は入所施設の場合は困難である」が76施設（41.7%）と、不安を抱えている施設が半数近くあることが伺える。

[表58] 一元化の場合の対応方法について

(複数回答)	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
(1) 完全に障害種別を取り払う	2	0	0	1	0	3	1.6
(2) 主たる障害名を対象として対応する	57	1	5	5	2	70	38.4
(3) 一元化は入所施設の場合困難である	75	0	0	0	1	76	41.7
(4) 現行の障害種別の背景の専門性を中心に「余力」があれば他の障害もみていく	51	1	4	5	4	65	35.7
(5) 他の障害種別を受ける場合、通学する学校がなく課題となる	82	1	2	1	0	86	47.2
(6) 障害児施設の一元化は児童福祉施設全体の再編を含めて検討する	61	1	4	3	3	72	39.5

(4) 制度等について

①契約制度の是非について

制度適用に関して〔表59〕は、現状の制度を見直して「新たな児童福祉施設の一元的な制度の検討」が必要と考えている施設が約6割に達している。

〔表59〕 制度適用に関して

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
1. 利用契約制度を廃止し保育所方式とする	23	0	1	0	1	25	13.7
2. 新たな児童福祉施設の一元的な制度の検討	100	1	6	4	3	114	62.6
3. 現状の二制度で良い	20	0	0	2	1	23	12.6

※ 無回答数 20 施設

②放課後型児童デイサービスについて

放課後型児童デイサービスについて〔表60〕は、「学齢期の療育の必要性から高等部卒業までの制度化が必要」が82施設（45.0%）、「親の就労確保のための利用が必要」が59施設（32.4%）となった。反面、「市町村による日中一時支援との統合が望ましい」が61施設（33.5%）、「現状の経過的児童デイⅡ型で満18歳までの利用でよい」が12施設（6.5%）と、現在ある福祉サービスとの融合も考えている意見が伺えた。

〔表60〕 放課後型児童デイサービスについて

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
1. 学齢期の療育の必要性から高等部卒業までの制度化が必要	76	1	3	1	1	82	45.0
2. 親の就労確保のための利用が必要	51	2	1	3	2	59	32.4
3. 市町村による日中一時支援事業と統合が望ましい	55	0	3	2	1	61	33.5
4. 発達障害等の療育の場として必要	44	1	2	1	2	50	27.4
5. 現状の経過的児童デイⅡ型で満18歳までの利用でよい	11	0	0	0	1	12	6.5

③障害児相談支援事業について

障害児相談支援事業について〔表61〕は、大半の施設で「必要」、「充実させないといけない」との意向が伺えた。

〔表61〕 障害児相談支援事業について

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
1. 学齢期を対象とした療育相談の体制は必要である	99	2	1	3	5	110	60.4
2. 療育相談の専門員の配置が必要	90	1	4	3	4	102	56.0

(5) 入所施設の実施主体について

入所施設の実施主体について〔表62〕は、現状の「都道府県とする」が約6割と回答、反面、「身近な市町村が責任を持つ必要から市町村」が約3割という意見となった。法改正においても今回は都道府県とするとしているが入所施設にかかる事項に市町村が関与が少なく、退所や満18歳を超える場合においては適切な対応が必要なことから積極的な関与を求めていく必要がある。

〔表62〕 入所施設の実施主体について

※ 無回答数 20 施設

	知的	自閉	盲	ろうあ	肢体療護	計	%
1. 入所の出身エリアが広域なため都道府県とする	93	2	4	4	3	106	58.2
2. 身近な市町村が責任を持つ必要から市町村が望ましい	50	0	2	2	2	56	30.7

## 8. 自由記述意見

### (1) 障害児（特に学齢期）の在宅支援体制について

現状の課題及び実践	今後に向けて意見・提案
地域格差による社会資源不足、保護者の理解不足	相談支援事業所との連携
放課後支援については、日中一時支援利用でまかなっている状態である。他市町村利用児が多く児童デイでは利用できない。	発達を見据えた体制（専門員等）が整う必要がある。
入所児の療育に追いつけなかなが在宅の児童の支援まで手が回らないというのが現状です。したがって、短期入所の児童をニーズはあっても、1日に1名ほど受け入れるにとどまっています。	入所児童の療育以外の部分をそれなりに行おうとするのであれば、それなりの人員配置ができるだけの単価のアップや加算の設定を望みます。
<ul style="list-style-type: none"> <li>放課後及び長期休暇中の支援について 日中一時支援及び短期入所支援によって対応しているが、利用日が集中して対応しきれないことがある。他の事業所との連携が不可欠。</li> <li>支援の一貫性の問題 ⇒ 学校及び他の事業所との連携が必要。</li> <li>保護者の心の問題 ⇒ 相談に応じ、家庭訪問等を実施している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域自立支援協議会児童部会等で、障害児支援に携わる関係者が定期的な情報交換し、課題を共有することが必要。</li> </ul>
<p>当園は、学齢期の在宅支援についての事業の展開を実施していない。</p> <p>その他、養護学校の在校生家族との情報交換や療育相談ならびに進路相談を実施している。</p> <p>また、夏、冬の学校の長期休暇期間に一泊二日のサマーキャンプならびにウィンタースクール（母子宿泊訓練）を実施しているが、近年参加者の希望が減少している。</p>	<p>障がい者支援施設に事業変更を計画しているが、基準面積（9.9 平米）をクリアできず、困難性を極めている。（成人施設並みの6.6 平米なら OK）</p> <p>就学前や学齢期の療育相談、進路相談に関しては、今までどおりのスタンス（相談があれば受ける）を取り続ける。</p> <p>母子訓練の参加希望の現象は、自立支援法の影響が地域の資源が整備されたのか把握していない。</p>
在宅支援対応の職員配置（体制）を組むことができない。	短期入所及び日中一時支援事業の継続と充実を図ることにより、相談業務も含めた在宅支援を行いたい。
日中一時支援・短期入所を空床型で実施している。本来担当すべき市町村が体制整備を行わないこと、逆に手を引いてしまう所もあること、県内もう1カ所の知的障害児施設が後期中等教育に特化しているため、学齢期の障害児は当園が受け持つことになってしまう状態である。しかし、入所児童（利用者）の充足率が90%後半の当園だけでは到底そのニーズに十分に伝えていくことはできない。	やはり身近な市町村がしっかりと体制作りを意識し、努めるべきである。このような受け皿の少ない状態では選択の余地などなく、また、障がい児・保護者が日々困ってしまうのではないかな。
保護者にとっては子どもの画工宝庫後支援が大きな関心事	日中一時支援という市町事業ではなく、学校放課後児童デイサービスという法定事業で対応してほしい。
<ul style="list-style-type: none"> <li>週末帰省を実施し家庭内の居場所確保。保護者と子どもの親子関係の維持。</li> <li>就業体験や作業所実習には学校と協力して全面的な支援をする。（実習訪問、保護者の悩み 相談等）</li> <li>高等部1年から児童相談所や地域の福祉課、圏域の相談支援専門員や関係者とケース会議をもち地域で暮らす手だてを探る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所時に支援目標を設定し有期限の入所を決める。</li> </ul>
地域に在宅支援体制が知れ渡っていないけれども、市町村の福祉課からの紹介等により利用が増加しつつある。	ポスター、パンフレットなどを作り、教育関係機関等へ配布し、在宅児の手助けになればよい。
ショートステイ、短期入所の利用をすすめることで家族を支え、措置（入所）を増やさない努力をしている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在の家族支援（短期入所・ショートステイ・ヘルパー利用・入院、通院介助）をさらに充実させる。</li> <li>相談事業を強化し家族を支える支援を多く行う</li> </ul>
年々、日中一時支援や短期入所の利用が増えているが、本体の行事などと重なり職員配置が出きず利用を断るケースもあります。	現在の建物では、児童デイサービスへ移行することが難しいので、併用型でも利用者のニーズに応えられるように、職員の配置基準を見直していただきたい。
地域に土・日・祝日又長期休業時の受入れ事業所が少ない。また余暇支援が行える事業所がない。	児童が休日等の余暇を目的別に過ごせるようになればよい。長期の休みに受入れができる事業所の開設。

II 障害児入所施設（福祉型）の部

<p>本体事業として短期入所事業、日中一時支援事業を実施している。</p> <p>また、相談支援事業所として相談支援専門員を配置し、主に障害児の在宅支援の相談、関係機関との連絡調整や、保育所・幼稚園・家庭児童相談室を含めた定期的な勉強会を実施している。他に、長期休暇や土曜日の日中活動支援（デイサービス的なこと）を行っている。</p> <p>最近では、知的障害だけではなく、アスペルガー症候群など広汎性発達障害の子どもを持つ保護者からの相談が増えている。</p>	<p>〇市の南西部にある唯一の障害児施設であり、相談施設としての機能強化を図りたい。現在、長期休暇等の日中活動支援を児童デイサービスⅡ型に移行する準備をしており、入所施設を含めた児童の総合支援施設を目指している。ただ、児童に特化した相談支援センターとしての位置づけができておらず、相談支援専門員が他の業務と兼任している。相談センターが人口規模に応じて配置できるように予算の裏付けを希望したい。</p>
<p>短期入所及び日中一時支援を実施している。短期入所に関しては特に週末利用希望が殺到するため、希望に添えない場合が多々生じている。日中一時支援に関しては、報酬単価が低いことから、日中一時支援事業を廃止する事業所がはじめており、希望に対応しきれない状況にある。このことは、それだけ障害児を抱えて生活に苦慮する家庭が増えている現状を意味している。</p>	<p>日中一時支援事業は、市町村の地域生活支援事業と位置づけられていることもあり、報酬単価が低く（時給換算で500円～700円）、赤字経営となっており、廃止も検討しなければならないのが実情である。しかし、日中一時支援事業は保護者にとっては非常に使い勝手の良いサービスであり、家庭での生活を支える上でなくてはならない必要な事業である。生まれ育った地域での健やかな成長を社会が見守っていくことに主眼を置くなら、国の事業とし、最低経営が成立する報酬単価とすべきと考える。</p>
<p>放課後、週末及び学校休校期間中の支援が課題である。〇市では夏休みにおいては小中学生の移動支援、小学生の行動援護の支給量を月36時間に拡大している。しかし移動支援の単価が下げられてから、事業所の撤退が相次いだため、拡大分が契約に結びつかない。中高生向けデイケアは6月中旬から4か所増加し計12か所になったが、定員各10人なので救われる対象は限定的である。当学園では短期入所・日中一時支援を毎日定員10人の枠で受け入れしているが、週末及び長期休校期間中は前月の予約ですぐいっぱいになる状況である。なお、当学園は障害者地域生活支援センターを併設しており、担当の天白区を中心に児童期の相談にも対応している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 移動支援を介護給付に位置づけ、単価を引き上げる。</li> <li>* 中高生向けデイケアを法的に位置づけ、増設を進める。</li> <li>* 当学園の今後の施設整備において、短期入所枠を増やす</li> </ul>
<p>〇児童の在宅支援体制の前段としての「家族支援」のあり方が混乱している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 現状では、児童の問題にたどりつけていないのではないかと。</li> <li>* 当施設が所在する地域では、関係機関との連携により、ネグレクト等のいわゆる「要保護児童」についての支援体制を構築しつつあるが、あまりにもその数が多く、適切な対応ができない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童とセットで対応できる方策の検討が必要な時期に来ているように思う。</li> <li>・知的障害児施設の役割の再評価も含め、抜本的な役割の見直しも必要になってきたのではないかと。</li> <li>* 発達障害を持つ児童などは、知的な障害とは別に障害に応じた適切な対応が求められるが、児童養護施設等にはほとんどその機能がないため、当施設が所在する地域では、当施設が集中的に受け入れている状況である。</li> </ul>
<p>早期療育が望ましいが、問題行動が大きくなり、どうしようもなくなったの相談が多い。</p> <p>相談支援専門員や地域の担当者を配置し実施しているが、広島市の人口に対して、職員体制が充分でない。</p> <p>短期入所・日中一時支援についても、夏休み・冬休みの期間、利用の二一ズはあるが、利用人数に枠があり、断るケースも多い。</p>	<p>地域自立支援協議会の関わりの中で、対応していくべきである。</p>
<p>児童相談所との連携が主体で独自のものはない。</p>	<p>各事業所で相談支援の窓口や専門職員を配置し、児童相談所と提携できる権限や法的整備があれば可能と思われる。職員の資格等も法律の専門性が必要。</p>
<p>障害児の家庭支援の相談が近年急増しており、最近では特に低年齢化しており3歳児～4歳児の支援の要望が多くなった。</p> <p>特に高知県の特性がどうか調べていないが、母子・父子家庭からの要望が多く、祭日や長期の休暇期間の利用希望が多い。また両親が揃っていても、母親の精神疾患により養育が困難という理由での支援要請が多くなってきた。</p>	<p>制度ができたから需要が増えたのかどうかかわからないが、今障害児の家庭支援は急務だと実感している。特に小学生段階で生活面・精神面を支えて行かないと、もう中学段階では固定化し手のつけようがないのは明確である。また母親の負担がどうしても障害児の場合大きく、十分に周りの人たちに理解されない事も一つの要因になっている。</p> <p>現時点では障害児の支援を一体どこが主導権をもってプランを立てて行</p>

<p>〇〇県の知的障害児の施設は3つしかなく、特に人口が集中している高知市に施設はない。隣接する当施設が高知市の児童を受け入れているのが現状で、現状の増加から言えば当施設だけでは難しいと高知県にも訴えている。</p> <p>また、障害の程度の格差も広がり、ほとんど普通児のような発達障害児から重複障害を持ち歩行ができない児童までを無理をして支援しているのが現状である。</p>	<p>くのかどうか、学校なのか相談支援なのか、自治体なのか、明確になっていない。そこに問題点があり、ひとつひとつの家庭の支援を総合的にプロデュースするところが法的な設備も含めて必要である。</p> <p>バラバラにやって決して良い結果がでないだろうと思う事が多々ある。</p> <p>子供の将来を考えた、総合的な支援プランを立てられる組織の構築が急務だと考える。</p>
<p>・家庭との連携を密にしていく。</p> <p>・相談支援専門員と協力して支援強化を図っていく。</p>	<p>・施設、相談支援アドバイザー相談支援専門員との連携により支援していく。</p>

(2) 障害児（特に学齢期）の在宅支援体制について

現状の課題及び実践	今後に向けて意見・提案
<p>当園は肢体不自由児施設ですが、入所児童の現状は肢体不自由と知的障害の重複児童がほとんどですが、その中で数人知的障害のみの児童も入所しています。</p> <p>基本的にこれまで何故障害種別ごとに分かれていたのかを考えるとある程度同じような障害を持った児童を受け入れるほうが児童や職員にとっても専門性の観点から、メリットが大きいのと思われます。またハード面から考えても同様のことが言えると思います。</p> <p>しかしながらそれぞれの施設で入所させて児童にプラスになることがあればそこは杓子定規で特定の障害児のみを受け入れる必要もないと思われ、当園では現にそのような形で児童を受け入れていますし、特に今のところ問題はありません。</p>	<p>当園の場合、肢体不自由児施設のためハード面の改修の必要性もなく知的障害の児童を受け入れられましたが、知的障害児施設の場合、肢体不自由児を受け入れるにはそれなりのハード面の改修が必要になってくると思われます。また、職員配置なども種別によって違うと思われるので、無理一元化を進めるのではなく、受け入れに対して可能かどうかを各施設や関係機関の判断で行い柔軟な対応ができればよいと思われます。</p> <p>もし、一元化を行うのであれば、職員配置の見直し若しくは加配のための加算、改修費用の補助などをしないと受け入れが難しい施設が出てくると思われます。</p>
<p>最近の傾向として、盲ろう学校・身体障害の小学部からの短期入所希望・入所希望が増加している。施設的な問題と職員の体制の問題から多くを受け入れる事が難しいが、できるだけ対応できるようにしている。</p> <p>その背景には、身体障害の児童を受け入れる施設は存在するが、盲ろうの児童を受け入れる施設が〇県には存在しない問題がある。</p>	<p>〇〇県の現状を考えると、今後盲ろうの児童や身体障害の児童を受け入れる施設の整備を高知県にも提言しているが、中々難しい問題もある。当施設では今年度耐震化による建て替えを行っており、知的障害以外の児童も受け入れる体制を整備している。ただその場合職員がほとんど一対一で対応する必要があり、現在の支援単価ではやっていけない現状もある。</p> <p>支援する児童に応じた支援費の増額を検討してもらえないと、多くの障害児に対応していくことは難しい。</p>
<p>多くの障害児を受入たいけれども、現実には職員への負担が多くなるのが不安である。</p>	<p>職員のレベル向上へ向けての研修 多種障害児に対しての対応ができるようにしたい。</p>
<p>知的以外の障害に対する専門的な支援体制が整っていない。</p>	<p>障害も複雑になり、今までのような支援体制では成り立たない、個々の専門的な支援体制が整う必要がある。</p>
<p>施設のこれまでの専門性外の障害の受入が困難</p>	<p>公的扶助等による施設整備の充実</p>
<p>入所者43名中、盲・聾・てんかん・自閉、肢体不自由など、重複障がいの方が33名在籍している。</p> <p>医療的ケアを必要とする方が増加して、保健医療面のスタッフ・設備の充実が必要である。</p>	<p>現状の設備(スタッフも)では、困難性を極める。</p>
<p>趣旨は理想的であるが、施設のハード面ソフト面には限界がある。他の障害を受け入れられるようにしつつ、主に対象とする障害の種別を示せるようにするなど、それぞれの専門性を維持していくことが可能となるような配慮が必要。</p>	<p>・入所施設についての一元化は困難。</p> <p>・通園施設については、拠点ごとに総合支援センターを設置・一元化し、通園療育と在宅支援の2本柱で地域療育の拠点とする。</p>
<p>設備・専門職員の育成・配置等、クリアしなければならない課題が多い。</p>	<p>現状を踏まえつつ、受け入れが可能と判断されれば、他の障害名についても対応していきたい。</p>
<p>考えていない。</p>	<p>・一元化は難しいと考える。</p> <p>・子どもたちが落ち着いて生活する場を求めため、支援の方法が違いすぎる。</p>

II 障害児入所施設（福祉型）の部

<p>知的障がいを持った車椅子利用者やその他の身体障害者手帳を持った児童を一部受け入れている。しかし、この比率が高まった場合、特に肢体不自由児等に対する設備が備わっていないため対応しきれない。また、発達障害児の占める割合が高いため、衝動的な行動等により怪我のリスクが大変大きくなってしまふ。</p>	<p>一元化が行われるとすれば、安上がり・安易に行われるのではなく、適切な療育・日々の介助等ができる十分な設備とスタッフの研修が必要である。</p> <p>子どもたちの豊かな発達を本当に考えるのであれば、安直に行われては困る。</p>
<p>一元化に伴い専門的職員の配置や職員の配置基準の変更がないため、個別対応が必要な利用者に対応ができない。</p>	<p>提案：概ね利用人数の3.5：1という職員の配置基準の見直しとペイができる介護給付費の見直しを要望したい。</p>
<p>現在は知的障害をベースとした自閉症や発達障害児を対象とし隣接する知的の特別支援学校に通学している。</p>	<p>一元化をすれば、建物構造上はもちろん、職員の人員、質の問題が大きい。他障害児（特に身障や盲ろう児）と一緒に生活は双方にとって心身共にリスクが高い。</p>
<p>施設設備上、バリアフリーになっておらず。現状での一元化は無理である。また、バリアフリー以前に施設の成人対応ができておらず、利用者の方に大変不便をかけている。特にトイレについては、便器の向きを変えて改修したが利用しにくい状況に変わっていない。</p>	<p>一元化については、施設の配置状況によって考えるべきである。特に大阪市などの大都市においては障害状況に応じた施設が配置されており、あえて一元化をする必要はないように思える。</p> <p>知的障害児施設は、入所する児童が多様化しており、特に広汎性発達障害など障害が軽度でも支援内容が複雑なケースが増えている。一元化よりも最低基準の見直しや専門職の配置など現状に合った体制に改善してほしい。</p>
<p>最近、発達障害や情緒障害など重複して入所してくるケースが多くなり、その対応に追われ、職員がケガをするケースもあります。</p>	<p>それぞれ特異性のある障害を一元化するのであれば、それぞれの障害に対応できる設備と人材の配置が必要だと思います。</p>
<p>トイレ、浴室、玄関等ハード面の整備は不可欠。視覚障害の児童の誘導、聴覚障害の児童に対して職員の手話習得等基本となる支援技術の習得も必要となる。身体に障害のある児童は危険からの回避も不得手であろうと考えられることから行動障害、発達障害の児童とのトラブルによる被害等、安全面の問題も解決しなければならない。居住空間の分離もやむを得ないことになる可能性がある。</p>	<p>児童の福祉という視点からの検討も必要ではないかと考える。養護施設に入所しているグレーゾーンの児童を含め発達障害児童に関しては重なる部分がある。その意味では、児童養護施設、障害児童施設の区分け、行政の管轄局が区分けされていることも含めて根本的な見直しが必要と考える。</p>
<p>〇〇市においては早期発見・早期療育のシステムの定着が進んでいる。残されるのは東部方面の早期療育拠点設置と重症心身障害児施設整備であるが、プランは整っている。各種別の施設が一通り揃っており、早期療育段階を別にして、一元化する必然性は何ら存在しない。</p>	<p>一元化においては職員専門性の取得、専門職員の配置、建物の改築など内部の課題が多く、学校教育との連携においても困難を生じるので、学齢期以降の一元化には反対する。</p>
<p>現在の障害児施設の最大の問題点は、児童を離れ、大人の制度に組み込まれたところにある。まずは児童福祉法に戻し、他児童福祉施設と同じ制度の下で運営されるべきである。</p> <p>一元化については、「障害種別」の一元化と、「施設種別」の一元化の二つがあるが、現状と課題は以下のとおりである。</p> <p>ア、「障害種別」では、すでに教育がその方向にあり、福祉も足並みを揃えるべきである。また現状では、知的以外の障害児施設は単独での維持は困難になっているのではないかと。</p> <p>イ、「施設種別」では、障害児施設のみが一般の児童福祉施設とは別な制度に組み込まれているが、利用する児童は、発達障害や虐待、非行などボーダーレス化が進んでいる現状がある。</p> <p>児童養護施設等と一元化を図り、同じ児童福祉施設として同じ制度、方式のもとに運営されるべきである。</p>	<p>ア、「障害種別」の一元化について 受け入れる障害によって、例えば肢体不自由などの場合は車椅子使用可能な最低限の改修工事が必要である。また、支援する職員も、他障害への知識や支援方法を身につける必要がある。しかし、生活の場であり、子供同士はさまざまな障害を理解する機会になり、むしろ柔軟に関係が築けると思われる。いずれにしても、主たる障害を定めて、無理のないところからスタートさせる必要がある。</p> <p>イ、「施設種別」の一元化について それぞれに別の目的、制度、方法で進めてきた実態があり、一挙にことを進めた場合、混乱を招くと思われる。当面の取組みとして、受入可能な条件（ユニット制を採用した建物等）を備えた知的障害児施設に、一定の定員（10人）を定めて健常児を受入れるということから始めてはどうかと考える。すでに児童養護施設等には、障害児が入所しており、その逆があっても不思議はないと考える。</p>

	<p>これにより、児童養護施設入所定員の不足はカバーでき、兄弟姉妹などを分離させることなく養育できる。また、知的障害児施設における小規模児童養護施設等の運営も可能になる。</p> <p>施設はそのために、虐待対応や心理的ケアなどの知識や技術を身につける必要があるが、種別や制度で分断され、縄張り意識で運営されている現状の児童福祉施設の種別の壁を取り払い、子どもを中心にし、共通の目的や意識を持つことによって児童福祉全般の底上げにつながり、今以上の成果が得られると思われる。</p> <p>そのためには、施設の名称から「障害」を外し、「児童発達支援施設」等に変更し、子ども本人も、保護者も抵抗無く利用できるように改善されるべきである。</p>
<p>○一部施設間において、施設設備などのハード及び医療職など専門職のバランスがとれていない。</p> <p>* 当園では、日中一時支援事業で聴覚障害児童と発達障害を持つ児童との受け入れを続けているが、聴覚過敏な発達障害児童については、受け入れスペースを完全に分離するなどハード面の整備が必要だった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重心等との一元化は現状では極めて困難であるため、発達障害、聴覚等の障害による統合など段階的に進めるべき。</li> <li>* その際には、障害特性にそれぞれ配慮するため、かなりのハード整備が伴うものと考えられる。</li> </ul>
<p>現在、障害の一元化に向けた支援体制にはなっていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門職員の配置、建物一部改築などの課題がある。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入所児童の障害程度の軽度化と被虐待児童などの要保護児童の増加により、心のケア、家庭調整が重要な位置づけとなっている。</li> <li>・ 園内に心理職の配置はないが、児相の心理士のカウンセリングやリハセンターの言語療法士の指導を受けている。場所は個別支援を重視するために出向していく事としている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ カウンセリングは有効な支援であるが、施設内の馴染みの職員（心理士）により、生活の場で受けるよりは、別の場所で受ける事のほうが、児童自身の気持ちの切り替えやその為の気づきができ易く、より有効である。</li> <li>・ また主治医も含めて児童個々に合った外部の治療、支援スタッフを柔軟に選択できる体制作りが必要である。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 関係機関との定期的なケース会、連絡会の開催の実施により支援強化を目指している。</li> </ul> <p>ケース会の主な検討内容</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 家庭調整</li> <li>② 進路</li> <li>③ 直接支援に関する事</li> <li>④ 入、退園に関する事</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高等部卒後の進路検討は特別支援学校との協力体制が不可欠。者施設入所希望者の受け入れ先がなく困っている。</li> <li>・ 入所の時は存在感のある相談支援専門員も退園、者施設入所希望となると全く存在感なくなる実態がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ライフステージに応じた支援のために、地域自立支援協議会に子ども部会は是非必要。</li> <li>・ 措置、契約と入所方法が分かれているために家庭調整のリーダー役が不明になり結果として児童の不利益に繋がる事がある。入所方法は統一すべき。</li> <li>・ 現状の者入所施設に65歳以上の高齢者が滞留しており（知的障害を持つ高齢者支援は介護保険で対応できないという現状あるが）その滞留者を高齢施設に入所させる等で、滞留を解消する事により新高卒者の進路選択が、理念どおりの自己選択、自己決定に近づけ希望するサービスを受給できるようになると思う。</li> <li>・ 高齢者専門の知的障害者入所施設も必要</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 子ども達の支援は手間を掛ける事が必要。</li> </ul> <p>発達障害や被虐待、自閉症等支援困難ケース等による問題行動に振り回されないために、職員集団の質の向上と共に十分な人員配置が必要である。職員間の共通理念と、協力体制の強化により子ども達のなかに良きリーダーを育て、児童会活動を活性化し高齢者施設等へのボランティア活動等に取り組み成長できる子ども集団作りに取り組んでいる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員の配置基準の増員</li> <li>・ 職員育成は下記に記入</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員の質の向上</li> </ul> <p>本園は県立であり職員は児童相談所ケースワーカーや他施設での経験者がほとんどで、専門性がかなり高い。年齢構成はやや高いが子ども支援は中のある年齢構成の職員集団が必要。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ また県内の知的障害福祉関係の研修を本園が委託事業として実施しており、研修を受ける機会に恵まれている。人材育成の面から、OJTと外部研修は不可欠。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門職としての社会的評価向上のための取り組み</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 福祉協会による全国共通研修体系の整備</li> <li>② 組織内でキャリアアップできる人材登用システムの構築</li> </ol>

II 障害児入所施設（福祉型）の部

<p>・措置と契約 ガイドラインは示されたものの現場では児童福祉サービスを実施して していく上で不都合が多い。</p> <p>①契約事務の煩雑さ ②措置と契約の判断基準の曖昧さと、各県による格差 ③支援サービスに差があり混乱する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外出行事の経費に契約には制限がある。</li> <li>・日用品の支給も契約児童は実費徴収や保護者負担が基本で、契約で も養護家庭が多く、タイムリーに準備が整わない時がある。</li> <li>・帰省ができないケースが多いが、契約児童の家庭調整ができにくい。</li> </ul>	<p>・措置、契約に拘らないが児童福祉の理念を尊重した方法の制度化を望ん でいる。</p>
<p>障害児施設の一元化に向けた現在の施設・支援体制における課題について</p> <p>障害児施設の一元化を考える前提として、障害があってもなくても児童として社会が責任を果たすということを再確認し、障害児と健常児の施策の一元化が必要だと考えます。</p> <p>特に障害児の施設入所については、契約制度が前提となっていますが、健常児が施設入所する場合と同じく措置へと戻すべきです。なぜならば、障害があっても、こどもは親と一緒に生活し、学校に通い、療育を受ける権利があり、社会（国）はそれを保障する義務があると考えます。少なくとも、こども自身が望んで施設入所をしているケースはほとんどありません。</p> <p>障害児が契約となったことにより、児童相談所の関与が薄くなり、施設入所を選択した事情等についても十分な情報が得られなくなっています。障害があっても在宅で生活したいという児童の権利は見えなくなってしまう。また、契約入所となっている障害児でも、実際は保護者の養育拒否や養育能力の不足、貧困、障害児家庭を支える社会資源の不足等により施設入所を選択しているという実態があります。その結果、保護者の経済状況により、同じ施設で生活していても服装や外出等の行事、医療機関への受診等にも格差が生じ、こどもを傷つけ、不利益を生じさせていることさえあることは、多くの入所施設の実感だと思います。</p> <p>この機会に障害があることを理由に施設に入所する児童に対しても健常児と同様に措置とすることが、障害児の権利を守ることに繋がると考えます。その上で一元化の議論はなされるべきだと思いますが、児童相談所等がしっかり児童の状況を把握すれば、自ずと最も適切な種別の施設やサービスにつながっていくはずであると思います。しかし、実際にはそうした施設やサービスが無いために、一元化して効率よく施設入所やサービスに結びつけようとしているようにさえ感じます。</p> <p>年齢超過児の問題についても、本来移行すべき充実した成人期のサービスや所得保障が無いために年齢超過児が増え、18歳以下の児童の行き場が無くしているのが現実ではないでしょうか。</p> <p>障害児者施策が抜本的に見直されようとしている今こそ、単に障害児施設の一元化を急ぐのではなく、障害児支援を一般児童福祉施策の中で行うという基本に立ち帰って検討していくべきだと思います。</p>	

(3) 在所延長規定の今後に向けた方向性について

現状の課題及び実践	今後に向けて意見・提案
<p>現在、過剰児がおらず、児童施設の本来の機能、役割が果たせている。日中一時支援や短期入所の受入れも積極的に行っている。</p> <p>緊急入所希望が増大しているが、定員一杯で居住環境から断らざるを得ない状況がある。</p>	<p>児童福祉法「第31条」、「63条の2」及び「63条の3」は廃止し、児童に特化した施設にすべきである。</p> <p>◎在宅支援施策の充実</p> <p>◎地域自立支援協議会の中で退所に向けた受け皿作り</p> <p>◎18才以降は自分の出身地域で暮らす保障。</p> <p>*1ケース延長すれば歯止めが効かずたちまち過剰児で一杯になる。(児童期に支援を必要とする対象児と家族の支援ができなくなる)。</p>
<p>18歳以上の(高等部卒業までは可)成人施設への移行を進める。</p>	<p>通過施設として今後も地域移行(就労)・成人施設への移行を援助していきたい。</p>
<p>当施設では創立時から、児童を対象とするという事を根本に考えており、同法人の通勤寮・成人施設・グループホームと絶えず連携して、年度ごとの支援計画を立て、成人前に進路を決定している。</p> <p>在所延長はあくまで年金をいただける20歳を原則にし、特別な場合を除いて(各種の問題で他にいく場所がない場合)成人後の在籍は認めていない。</p>	<p>経営を考えると難しい事ではあるが、やはり児童施設といえる年齢構成が必要である。</p> <p>現在過剰児を抱える施設に関しては、原則成人施設や生活支援施設に部分的に変更し、児童を受け入れるスペースを確保することが必要である。当施設においても、児童の入所希望は年々増加しており、定員増加も傾倒している。</p>
<p>・長期在所にならないように地域移行に向け努力をしている。</p>	<p>・家庭復帰後の家族支援やグループホーム、ケアホームなどの整備が課題である。</p>
<p>成人施設への登録をしてもらっているが、成人施設に空きが出ない。地域、家庭へといっても難しい現状である。</p>	<p>大学卒業年齢の22才と年齢制限を設ける必要があるように考える。</p>
<p>当園は、高齢化の現象から児童施設の定員を削減して、成人更生施設を併設(食堂・厨房・管理棟・集会室など併用)している。</p> <p>現在、平均年齢が38歳を超過し、児童期の入所者が皆無の状況にある。かねてより、成人施設に移行転換を計画していたが、改修の資金面などの問題から実施できないでいた。</p> <p>自立支援法の下では、児童施設からの移行は、新規の事業と見られ居住面積が9.9平米必要である。</p>	<p>早期に過剰児を抱えた児童施設の方向性を打ち出して欲しい。</p> <p>家族からも「本当に継続して入所の支援を受けることができるのか」との不安視する声があがっている。</p>
<p>・在所延長規定の廃止は望ましい。しかし、行動障害のある重度の利用者が、移行できずに在所延長している現実もある。</p>	<p>困難な行動障害に至らないよう、障害の早期発見・早期療育の充実。</p> <p>困難な行動障害のある利用者の受け入れ可能なケアホーム等の整備。</p>
<p>成人としての対応の必要性は十分理解しており、在所延長期間の必要性を感じています。しかしながら、福祉時事務所とのやりとりだけではなかなか退所先が決まらないのが現状です。</p>	<p>在所延長者の退所先の確保のためには、障害の分野だけでなくどうなるものではなく社会全体の課題だと思います。国の施策が「障害者も地域で暮らす」ということであれば、厚労省だけでなく国全体で考えなくてはいけません。</p>
<p>家庭内の問題や成人施設の入所待ちなどの理由から家庭復帰できない利用者が20名ほどいます</p>	<p>就労できるようになるまで、また、障害基礎年金が受給できるまで、措置制度での支援が望ましい。</p>
<p>待機児童や行き場のない児童に対する配慮を見直していければいいと思う。</p>	<p>地域に対して理解を深め、グループホームや就労に向けての動きが必要。</p>
<p>重度の利用児が多く、地域に出す環境を整える必要がある。</p>	
<p>延長は断固認めない。</p>	<p>・措置中の児童も体験(就労・更生施設の利用など)して今後の生活の場を考える</p>
<p>現在15名の18歳以上の利用者があるが、その処遇は児童福祉施設のレベルに留まっており、「大人」として十分に遇することはできない状態である。折を見つけては保護者に話をしたが、保護者はお任せ状態で動こうとはされない状態である。延びれば延びるほど動こうとされない。これらと受け皿不足が相まって1/4世紀在園される方や30歳代半ばの方も利用されている状態である。県下唯一の学齢期の知的障がい児を受けられる当園に対する児童相談所のニーズも高い状況である。</p>	<p>児童の施設としていくためにも、年長の利用者には相応しい受け皿を用意していただいて、18歳になれば新たな場で遇してもらいたい。</p>

II 障害児入所施設（福祉型）の部

<p>児童施設でありながら者の方が2/3程度いるのが現状である。実際に児の方と同じようにサービスを提供しており、職員の負担は児の方の支援より大きい。それなのに負担金が児のままであるのはおかしい。</p>	<p>延長規定を設け児の施設におられても、制度的には者の方と同じ施策で対応できるようにしてほしい。</p>
<p>18歳以上の利用者が7割を占めている。現在、地域展開や他施設への移行など積極的に取り組んでいる。</p> <p>一方、こども相談センターからの入所希望は継続的にあり、大都市圏の児童入所施設の必要性は高い。ただ、入所時の年齢が中学校や特別支援学校高等部入学の時期に多くなっており、年齢超過児の問題が改善されないのが現状である。</p> <p>また、児童施設に30代、40代の利用者が在籍していることは、成人期の生活習慣病などの対策も講じなければならないことであり、支援内容をより煩雑化している。</p>	<p>現状では、児者併設は考えていない。施設建築後30年以上経過しているが、まだ建て替えの話はない。児者併設を考えるならば、建て替えの中で検討すべき課題と考えている。</p> <p>児童の入所期限については、基本的には20歳までとし、個々の状況に応じて25歳までを上限として、通過施設としての役割を明確にすべきと考えている。</p>
<p>平成17年より、本来の児童施設の役割を取り戻すため、18才を超える方々の退所促進を図ってきた。その結果、入所に占める割合が約50%から9%弱となった。児童期に入所をせざるを得ない状況にある人が家庭へ戻ることは極めて困難であり、移行先は多くの場合、成人施設とならざるを得ないが、入所先はなかなか見つからないのが現状である。また、直接在所延長には関係しないが、軽度の知的障害児の中には社会通念を逸脱した行為を繰り返す児童もあり、グループホーム・ケアホームへはお願いしづらいケースがある。しかし、障害程度区分が高くでないため成人施設は利用できないことになる。今後、こういうケースが増加するのではないかと懸念している。</p>	<p>地域での生活が声高に言われているが、現在の福祉の状況下では大人となった児童の中に施設を必要とする人がいる。しかし、現実には大人の施設が不足していることから子どもの施設で子どもの生活の流れを中心とした生活を強いられている大人の人がある。また、このことにより、施設を必要としている児童が長期にわたり一時保護所での生活を強いられることにもなっている。法律の上で児童施設は18才までの児童の養育を担うものと位置づけ、現在在所している人については2年ないし3年間の猶予期間内に大人の生活の場へ移行できるように国がイニシアティブをとり、ハード面の整備を進めるべきと考える。</p>
<p>当学園においては18歳以上の入所者が、ピークの2005年度38人、2006年度29人、2007年度26人、2008年度25人、2009年度21人と減ってきている。これは意識的に成人入所者の成人施設への移籍に努めてきた結果である。自治体直営であるため、自らケアホーム設置という展開を図ることは難しいが、成人施設の空き情報を探りながら働きかけを重ねてきた。これによって本来の児童施設としてのあり方を取り戻しつつある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・延長規定の改定は成人施設への移行を促進するものであることを望む。年金開始までは成人施設移行が容易ではないので、措置延長もやむを得ない。</li> <li>・施設の役割を積極的に位置づけ、必要に応じて多機能で生活の質の高い小規模の成人施設を整備する。</li> </ul>
<p>○年金が20歳からなど経済保障が不十分であり、18歳から自立生活を目指すことは極めて厳しい。当園の「18歳未満」「以上」の比率は、概ね1対9であるが、全国平均は約4対6であり、年齢超過者の割合が高く、成人施設化している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当面は、20歳までは在所できることとする。</li> <li>・年齢超過者については、綿密な地域移行計画の中で無理なく地域に移行できるようにしていく。</li> </ul>
<p>家族と一緒に成人施設の見学に行き、入所手続きをしている。</p> <p>地域自立支援協議会を施設内で開いてもらっている。</p>	<p>地域自立支援協議会をとおして入園し、その間も連携を取り、退園については地域自立支援協議会にケースを返す。</p>
<p>児童施設への在所延長の理由として、積極的に児童施設のサービスを受け続けたいということは、知的障害児施設の中には非常に少ないであろう。実際に、保護者がしっかりしている家庭で、福祉事務所、学校、施設で移行についての支援に力を入れて行うことで、成人施設や地域の通所施設に移行できるケースは多くある。成人支援の資源の貧困さと、移行を推進するシステムの不在が大きな問題であることは明白であるにもかかわらず、これまで調査も計画もせず、問題を先送りしている行政の問題。</p>	<p>地域の自立支援協議会等が組織的に地域の障害児の状況を継続的に把握し、計画をたて地域の障害福祉計画に反映させて、地域の中で解決するようなシステムを確立することが必要であると考えている。</p>
<p>18才～20才までの期間の収入の問題が大きい。</p>	<p>18才の最初の4月1日からの年金支給が求められる。</p>

## C 福祉型障害児入所施設の現状及び課題の報告

### 1. 知的障害児施設におけるユニットケアの実践

静岡県：三方原スクエア児童部 山崎陽司

#### はじめに

社会保障審議会障害者部会報告の概要について（平成20年12月）の中に、「障害児の入所施設について、入所者の多様化等の状況を踏まえ、心理的ケアが行える専門的なスタッフの充実や、小規模な単位での支援ができるような施設の在り方、障害児の将来の自立を見据えた住まいの在り方について、検討していくべきである。」とある。

社会福祉法人小羊学園では、重度の知的障害児を支援する上で、少人数での生活空間で子どもたちが落ち着いて生活ができる環境を提供する必要性を強く感じ、既存の施設の居住空間を仕切りそれぞれに食堂を作ったり、職員室を居室に改築するなどの試みを重ねてきた。2008年に老朽化した建物の移転新築を行うに当たり、5～6人で生活できるユニットを作り、小規模な生活単位での支援に取り組み始めた。その実態と課題について報告する。

#### 子どもたちの生活の様子

1つのユニットには個室が6部屋（内1部屋は短期入所用）あり、リビングと食堂、キッチン、トイレ、洗面所、風呂場（ユニットバス）等が設置されている。

子どもたちは地域の特別支援学校に通学していて、朝は送迎バスに乗車するために7時ころそれぞれのユニットから出かけるので、それまでに朝食を食べ身支度をしてということになる。朝食は小さなテーブルを囲み、調理室から運ばれてきたものを職員が一人一人の分をその場で配膳をする。寝坊して急いで支度をしてあわただしく通学していく姿は実に微笑ましい。

学校が終わり帰園すると洗濯物を自分の部屋に片付け、明日の学校の支度を職員と一緒にやる。それぞれが自然にリビングに集まり、テレビを見たり絵本を見て遊んでいる。夕食を終えた後は1人ずつ入浴し、9時ころにはそれぞれの部屋に戻り就寝となる。学校や休みの日には隣のユニットと一緒にドライブや買い物に出かけるなどして過ごしている。

#### ユニットケアの必要性

近年、障害児施設に入所する子どもたちは、虐待（ネグレクト）等家庭における子育て能力の弱さ（崩壊）で入所となる場合が多く、大人から愛されて育つという子どもの権利保障がなされないままの環境において、愛着障害といわれる子どもたちが増加している。家庭の養育が困難であり不適切な養育環境に置かれた子どもたちの生活を保障するためには、家庭的な落ち着いた雰囲気のある空間で、ある程度固定された職員との安心感のある人間関係の中で支援していくことが重要である。また、発達障害や行動障害のある子どもたちにおいては、大勢の中で制限されることが多い環境より、個別化された環境の中で周りの人から影響を受けることなく生活することによって問題となる行動が顕著に減少している。このように少人数のユニットによる支援は、障害の多様化する子どもたちの将来にとって必要な施設の在り方なのである。

### ユニットケアの課題

当施設は現在20名定員である。その子どもたちが5名ずつ4つのユニットで生活をしている。子どもたちがいる朝と夕方から夜の時間帯には、必ず各ユニットに職員を配置する必要がある。また、学年によっては早い時間帯に帰園するためそれに対応するための職員も必要となる。さらに過齢児の日中活動を支援する職員や夜勤者等を入れると、一日に7～8人の職員を配置しなければならない。したがって20名（短期入所を入れると24名）の利用者に対して12～13名の支援職員を配置する必要がある。つまり2：1の職員配置基準が必要となり現在の基準であるの4.3：1ではとても対応することができない。今後、家庭的な小規模な単位での支援ができるような在り方を目指すのであれば、それなりの職員配置を保障する措置単価（給付費）が制度化されなければならない。

一方で、各ユニットでは職員が一人で数人の子どもに対応することになり、職員の支援能力、支援の質が問われることになる。それだけ経験があり資格を有する職員の配置が必要となる。

### 児童部の勤務体制

三方原スクエア児童部の平日の勤務を下表に示す。A-1、A-2、B-1、B-2が各ユニットである。その中でA-1は過齢児のユニットとなる。基本的に生活勤務（S勤）が朝起床から朝食支援、学校への送りだしとユニットの掃除洗濯を行う。そして、その日の夕方から夜寝るまでの支援を行い、夜勤へとつなぐ。学年によって早く帰園する児童があるのでB勤とE勤が対応する。A-1のA勤は過齢児の日中活動支援として、成人部の職員と一緒に支援に入る。

土日祝日等学校や休みのときは、S勤を1人にして早勤と遅勤で日中の支援に当たる。週末に帰宅する子どももいるが、短期入所や日中一時支援で在宅の障害児がユニットに入ってくるので、平日より職員数を1人多く配置している。

		勤務時間																
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
A	1	S																
		A																
	2	S																
		E																
B	1	S																
		S																
	2	B																
夜勤																		

### おわりに

障害者権利条約にある「障害者に対する特別な生活様式の強制の禁止」については、入所施設の存在そのものを否定するようにとらえられることもあるが、家庭の養育が困難であり不適切な養育環境に置かれた子どもたちの生活を保障するためには、誰かが親代わりを行う必要がある。里親制度や地域の連携の中で子どもが健やかに育っていく環境の中で、最終的な場として入所施設の役割は大きいと思う。したがって、入所施設の存在が否定されるのではなく、そこで行われている支援が非人道的、反社会的であることが問題なのである。障害のある子どもたちが健全に育成される環境の中で成長し、将来の自立に繋いでいける支援を障害児施設は目指さなければならない。

## 2. 『過齢児0（ゼロ）を目指して』～利用者の将来を見据えて～

熊本県：大江学園 塘林 敬規

大江学園は、熊本県熊本市の中心部にあり、自然にも恵まれ、交通の便のよいところにある。現在の大江学園の前身は、明治25年に創設された熊本貧児寮で、今年で118年の歴史となる。

明治、大正、昭和の戦前、戦後と恵まれない子どもたちの施設として、社会のニーズに応じていましたが、高度経済成長とともに役目を終え、昭和40年に知的障害児施設大江学園となり、また、平成元年に知的障害者更生施設第二大江学園を創設し、現在に至っている。年齢でいえば、3歳から60代半ばの、子どもから大人まで120名が同じ敷地にて、元気に自己実現を目指し生活している。

大江学園は70名定員である。子どもたちは、ライフステージに応じた支援・サポートを受けるため、三つの棟に分かれて生活している。女子全員と未就学児からなる30名の棟、男子の内、中学・高校生20名からなる棟、男子の内、小学・中学生からなる20名の棟、合わせて地域ニーズに応えるべく日中一時支援を中心とした在宅支援も行っている。地域の児童を預かり、学校下校後の生活支援で安心・安全なサービスを提供している。

法人・学園の基本理念、あなたらしく（人権の尊重）・地域と育む豊かな心（地域との共生）・あたたかい生活あふれる笑顔（自立支援）をモットーに、利用者支援にあたっている。

児童施設本来の役割である「通過施設」の機能を果たすため、子どもの発達段階に合わせた寮を編成し、より良い支援・サポートが提供できるよう環境整備を行っている。

今でこそ純然たる児童施設になったが、つい最近までは、児童施設でありながら平均年齢が18歳という児童と過齢児が混在する「いびつな」児童施設でした。真の児童施設の機能が果たせないとともに、過齢児が年齢にふさわしいサービスが受けられるよう、地域および成人施設への移行支援に取り組みました。学園で取り組んだ、ここ数年間にわたる経緯を説明する。

児童施設でありながら20歳以上の方が数多く在籍されていたため、平成15年4月には、入所希望された児童（13歳）が、定員一杯で入所ができないという事実がありました。本来あってはならないことが起きてしまいました。このころから少しずつ過齢児の方に支援費制度や今後の福祉制度のことを説明しはじめた。少しずつではあるが、過齢児の退所等もあり、平成18年9月には、定員70名でありながら全利用者数が36名（未就学4名・学校生15名・学卒者17名）となった時もありました。その頃が学園にとって一番辛い時期でした。時同じくして障害者自立支援法の施行により障害児施設に契約制度が導入された。熊本県の場合、20歳以上の方（過齢児）は、「成人されている」ことを理由に全員が契約制度に移行した。その時から、少しずつ社会情勢の変化に伴う、家庭での養育困難の子どもたちの入所が増え始めた。皮肉にも福祉施策とは裏腹なことでした。

過齢児の保護者の方は「子どもたちも、慣れた環境が良い。できれば同じ敷地にある更生施設に」との意見があり、学園から他の施設へ移行する考えを持たない方がほとんどでした。学園にとっては、とてもありがたい話でしたが、過齢児の方にとっては、本当は自宅に帰りたと思っている方もいました。私たち職員も、学校に通う子どもたちの日課で行動しないとイケない過齢児が本当に学園にいいのだろうか。良い環境といえるのだろうか。成人施設へ移行した方が、過齢児の方のためなのではないだろうか。とさらに思い始めました。そのことから「このままではいけない」との思いで一大決心し、平成19年度末に、過齢児の方、保護者に、次の契約は『平成20年4月1日から平成21年3月31日まで』とし、平成20年度一年間をかけ『過齢児0を目指して』過齢児の地域移行、及び成人施設への移行に取り組みました。

まず取り組みとして意識改革を行いました。過齢児17名（18歳～36歳）を対象に、四者面談を行いました。過齢児・保護者・担当職員・施設長参加のもと、大江学園の現状、過齢児の将来をどう考えているのかを真剣に話し合いを行いました。成人施設への見学も繰り返し行いました。また、大きな課題にぶつかりました。障害者自立支援法に基づく「障害程度区分」です。施設入所を必要とする過齢児が、新体系に移行した入所施設に入所するためには「区分4」以上が必要となります。職員・保護者と、障害程度区分について勉強し、出身市町村の区分判定聴き取り調査に臨みました。このころにはようやく保護者も重い腰を上げ、真剣に子どもたちがどの施設に合うかを考え始め保護者も施設見学に参加するようになりました。

同じ時期、熊本市にある更生施設が障害者自立支援法の新体系施設に移行するため、現在入所利用している「区分3」以下の利用者を、平成21年4月にケアホームへ地域移行し、施設入所支援に数名の空きが出るという話があった。その施設長に、過齢児の保護者の方にそのことを説明してもらった。学園のニーズと新体系に移行する成人施設とのニーズが合致する、とてもタイミングのよいでき事であった。幸い多くの方が「障害程度区分5～6」の判定があったので、移行することができた。結果として、契約期間を制限し、学園が目指す真のサポートのあり方を過齢児の保護者の方が理解し決断され、実際に行動して下さったことで、17名全員が平成21年3月31日までに、成人施設へ15名、在宅へ2名移行され、無事にステップアップすることができた。

#### 《事例1》 Mさん 36歳（男性）

15歳から入所され、自宅ではない友達関係や学園の行事に魅力を感じ、それに満足されており、保護者は高校卒業と同時の進路決定では、他の施設に行くことを全く考えていなかった。当時の措置延長の手続きの際にも、成人施設への申請をされず、何度か成人施設への入所のチャンスもありながら、「大江学園がいいから」と生活されていた。Mさんは、「家に帰りたい」と良く訴えられていましたが、保護者は、『自分の子は学園が好きだから』と気持ちが変わらず、本人の年齢にあった生活を考えられることはなかった。最後まで、ステップアップされる気持ちにはなれなかったが、施設長の宣言および説明を繰り返したことにより、心を動かされ、やっと本人にとって何が一番よいのかを考えられるようになった。現在、地域の通所施設に通い、友達関係もうまくいき、明るくのびのびと生活されていると聞いている。

この一年間の取り組みが私たちの職員の意識の変革、また、現在の高校3年生の保護者にも、高校卒業と同時に卒園（移行）するのが子どもたちにとって「一番望ましいこと」とよい意識付けになった。

「宣言」当初は、周囲より難しいと言われ、また、外部からのいろんな圧力もあったが、『過齢児0』を実現し、平成21年4月には純然たる児童施設として、50名の子どもたちと新たなスタートをきることができた。

平成22年11月現在、70名の子どもが在籍している。平均年齢は11歳。最近の入所児の傾向として、発達障害のある軽度の方も増えてきている。また、70名のうち39名の方が措置である。虐待、ネグレクト等いろいろな事情を抱えた子どもたちが増加し、また、一般就労が可能と思われる方も増え、選択肢も広がり一人ひとりにあった幅広い支援・サポートが必要となる。

児童施設における『過齢児』については賛否両論あるが、子ども一人ひとりの能力、年齢に応じた支援・サポートを受けられることが、本来のあるべき姿と自信を持って言える。

児童施設は、今後どのような時代・施策になろうとも「子ども」のための施設です。地域の中で真の役割を発揮することが使命であり一番大切なことと思っている。

### 3. 障害児入所施設の多機能化の実践と課題

鹿児島県：あさひが丘学園 水流 純大

知的障害児施設あさひが丘学園は入所機能を基盤としながら、地域で生活する障害児及びその家族に対しての在宅サービス等を提供することにより、地域における障害児支援の拠点施設となるための多機能化の実践を行っている。その概要と今後の課題について述べてみたいと思う。

#### 1. あさひが丘学園の各事業の概要

- ①入所定員 40名
- ②在宅福祉サービス等
  - ア. 短期入所（定員8名）
  - イ. 居宅介護・行動援護・重度訪問介護
  - ウ. 共同生活援助・共同生活介護（定員17名）
  - エ. 地域生活支援事業（相談支援・日中一時支援・移動支援）
  - オ. 障害児学童保育支援事業（鹿児島市補助事業）
  - カ. 知的障害児・知的障害者自活訓練事業
- ③併設施設 知的障害者更生施設あさひが丘学園成人部（入所40名・通所20名）

#### 【平成22年4月1日現在の利用者（契約者）数】

事業名	入所	短期入所	居宅介護	行動援護	日中一時支援	移動支援	学童保育
利用者数	41	85	18	18	84	27	69
利用実績	—	1,870日	101時間	1000時間	13,688時間	813.5時間	2,376件

\*在宅サービスの利用者数は各事業の契約者数であり、複数サービスの契約を行っている利用者があることから実数とは異なる。利用実績はH21の実績。

あさひが丘学園で実施している各事業の利用者（契約者）数と利用実績は上表のとおりであり、入所利用者41名に対して、在宅サービス利用者は延べ数で301名となっている。数としては施設で暮らす障害児よりも地域で暮らす障害児のほうが圧倒的に多いことから、今後の障害児入所施設は地域における障害児支援の拠点となるために多機能化を図る必要があると思われる。当園でのささやかな実践はまだ十分なものとなっていないが、それらを踏まえたくうえで、以下に、各機能に求められる支援内容と今後の課題について述べる。

#### 2. 各機能に求められる支援内容と課題

##### ①社会的養護機能

家庭での養育が困難または不適切な養育環境におかれた児童の生活を保障するために、入所施設の基本的機能である社会的養護機能を充実させる。

##### 【課題】

- ・家庭から離れて生活せざるを得ない児童がなるべく家庭的な雰囲気の中で生活することによりQOLを高めるという観点から、すでに児童養護施設において制度化されている小規模グループケア（ユニットケア）、地域小規模児童養護施設（グループホーム）、小規模住居型児童養育事業（ファミリーホーム）等の制度を障害児入所施設にも導入する。
- ・里親のもとで養育されている障害児への支援機能として、里親への相談支援・助言、里子の一時預かり等の里親支援機能を新たに付与する。
- ・社会的養護による入所は、児童権利条約の規定及び他の児童福祉施設との整合性の観点からすべて措置とする。

### ②療育支援機能

知的障害、視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、発達障害、行動障害等を有する児童への専門的療育支援を行う。支援形態としては入所によるもの他、通所機能も併設し、在宅障害児への療育支援も行う。

#### 【課題】

- ・障害種別の一元化により対象障害が拡大するため、それぞれの障害に対応できる専門的支援技術を持った人材の育成やハード面の整備が課題となる。
- ・通所機能については、改正法に規定された「児童発達支援」事業を実施することにより、就学前幼児や不登校状態にある学齢児の療育についても支援機能を果たすことができるようになるのではないか。

### ③自立支援機能

改正法では原則として18歳以上は障害者自立支援法で対応するとされ、また、20歳以上の延長規定が削除された。児童期の発達支援から障害者施策への連携がスムーズに図れるような自立支援機能を持つ必要がある。

本人が18歳（または20歳）になったときに、本人や家族が望む生活や日中活動の場を確保できるように、特別支援学校在学中より学校や相談支援事業所との連携を図りながら出身市町村行政に働きかける。必要に応じて、自立支援協議会の個別支援会議を開くなどして、児童福祉の体系から障害者施策の体系にスムーズに移行できるよう重層的な支援システムを構築する。

#### 【課題】

- ・相談支援体制の強化や18歳以降の援護の実施者となる市町村の行政としての責任の明確化、自立支援協議会の有効活用、特別支援学校との連携等の仕組みの構築が必要となる。

### ④在宅支援機能

地域における障害児支援の拠点施設として位置づける以上、地域生活を支える在宅支援サービスを実施することは必須であるため、短期入所、日中一時支援、放課後保育、移動支援、居宅介護、行動援護等の在宅サービスを実施し、在宅障害児及びその家族を支援する。

#### 【課題】

- ・現在、地域生活支援事業（市町村事業）に位置づけられている日中一時支援及び移動支援は支給量や利用料、報酬額に地域間格差がみられるので、個別給付に移し、全国一律の制度とする。
- ・また、改正法で法定化された放課後デイサービス事業と日中一時支援事業の関係整理を行う。

### ⑤相談支援機能

上記①～④の機能が有効に活用され、また、地域の他の社会資源と有機的な連携を図るために相談支援機能を充実させる。

#### 【課題】

- ・障害児の相談機能は、医学的診断や保健相談、行政相談、社会福祉法人等の民間相談、また、国事業を活用した都道府県や市町村単位の相談支援体制や自治体独自の相談支援体制とさまざまな相談支援事業が複雑に入り組んでおり、障害児を持つ家族にとっては「どこに行けばどんな相談に乗ってくれるのか」ということが分かりにくく、また、それぞれの相談支援事業は一部の例外を除いて十分なネットワーク化が図られているとは言い難い。このように複雑に入り組んでいる相談支援事業の関係を整理し、①利用者の視点に立ったわかりやすい相談支援体制の構築、②各サービス事業者の機能を有効に活用できるようなケアマネジメント体制の構築が必要である。
- ・改正法で法定化された障害児相談支援事業（障害児支援利用援助・継続障害児支援利用援助）の役割と機能を明確にする。

#### 4. ひまわり学園の現状から障害児施設のあり方を考える

北海道・ひまわり学園 湯浅 民子

##### 1. ひまわり学園の現状から

平成18年に障害者自立支援法がスタートして以降、知的障害児施設はその足場が定まらず、制度に翻弄され続けている。新たに利用契約制度が導入され、施設の運営、特に児童の入所利用はどのように変化するか予想がつかなかったのであるが、当ひまわり学園で言えば、翌19年頃から児童相談所からの入所依頼が急増した。その多くは被虐待や不登校・非行、ひとり親や障害のある親など深刻な環境下にいる子どもであった。「子どもの施設」の看板を掲げているわけであり、何とかその要望に応え、役割を果たそうと、施設がバックアップするケアホームを増やして過齢の人を地域生活につなげたり、就労を実現させたりして定員の空きを作り、児童の受入れを図ってきた。その結果、一時期、平均年齢が18歳を超えていたのが13歳台まで下がるに至っている。また、定員を超えた児童数を入所させることが常態となりつつある。

障害程度でも大きな変化があった。下表は過去9年間の重度加算対象数であるが、平成14年には重度者が80%を占めていたのが、平成22年には38%と半数以下に減少し、18歳未満で見れば17.5%（40人のうち7人）となっている。新たに入所した子の障害が、いかに様変わりしたかを表している。

年 度	重度加算対象（定員50人）	年 度	重度加算対象（定員50人）
平成14年	40人（うち18歳未満19人）	平成19年	32人（うち18歳未満9人）
15年	35人（うち18歳未満15人）	20年	28人（うち18歳未満11人）
16年	34人（うち18歳未満17人）	21年	23人（うち18歳未満9人）
17年	33人（うち18歳未満18人）	22年	20人（うち18歳未満7人）
18年	33人（うち18歳未満15人）		

二十年前に改築したひまわり学園の園舎は、家庭的な生活を営むことを大切にしている。10人ごとのユニットからなっており、それぞれに便所、洗面所、浴室、脱衣室があり、食堂を兼ねたダイルームには台所を設備し、コンロ（電磁式）や冷蔵庫も設置している。食事は、三食とも寮で摂ることになっており、厨房から専用カートで運び、盛付けや配膳、片付けなど子どもが手伝いながら行っている。時には、買出しをして寮で食事を作ったり、おやつを作ることもある。

しかし最近、考えざるを得ないことが起こった。以下はその概要である。

M（高2）が母に買ってもらったゴマクリームを冷蔵庫に入れていた。夜9時頃、重度障害児のR（小6）が冷蔵庫を開けそれをいじっていた。居室から出てきたMがそれを見つけ、怒って暴力に及び、素手で叩くにあきたらず（自分の手が痛いためと言う。）剣道をしている他児の竹刀を持ち出し、それでもって叩いたという。この時間帯は宿直職員一人が宿直室でつながる二寮を見ることになっており、隣の寮に行っていて気付かず、翌日出勤してきた担当職員にMが自分から話して分ったものである。

Mは小6のとき、児相ではないルートから契約で入所してきた。両親は揃っているが、小学1年生ころから不登校ぎみで、母へ刃物を向けたり家庭内暴力があったようである。

障害程度は、軽度知的障害、自閉的傾向、広汎性発達障害、LD等の診断名がついているが検査を拒否するので正確なIQ値は不明である。安定しているときは落ち着いた優しい面もあるが、何かのきつ

かけで興奮すると抑えられなくなり、激しい自傷（教師への暴力のお詫びとあって校舎の二階から飛び降りた。）や、他人のささいな言動に腹をたて、「殺してやる」と包丁を持ち出し追いかけたこともある。

食べることにこだわりが強く、台所で調理したりするのが好きで、このため食材を冷蔵庫に保管することもしばしばあった。

一方のRは家庭から入所してきたが、重度障害で介助度は高く、食べ物に強く固執し、一旦食べた食物を反芻・嘔吐したりし、家庭や寄宿舎での対応が困難で入所してきた。汚物については許せていたRも、自分の食品をいじられたことでカッと興奮したようだ。

さいわいRは、打撲のあとが若干残るものの大事には至らず、両親への謝罪でことは治まった。

この場合の原因の一つは冷蔵庫の存在である。これまでも冷蔵庫やコンロがトラブルの種になったり、危険につながりかねなかったこともあった。しかしだからといってこれらを遠ざけようとの声はどの職員からも挙がらない。これらによって子どもたちの生活に喜びや潤いをもたらしているし、トラブルや危険を通して学んでいくことの方が多くと実感しているからだ。施設は家庭に代わる場であり、家庭に近い設備環境が用意されるのは当然のことであろう。どの子どもも食への関心は強く、生活の楽しみや喜びをもたらしており、家族の代わりに務める職員にとって台所設備は不可欠のツールになっているのである。

今一つの原因は二人の障害の差だが、これはどちらを責めることもできない。

じつはこれと似たような事例が他の寮でも起こるようになっていたのである。かつては大勢を占めていた重度の子どもたちが片隅の存在になり、18歳以下の年齢の寮は、どこも軽度の知的障害や発達障害の子どもが大勢を占めるようになった。彼らとて、虐待や不登校などで家庭や地域に居場所を無くし、あるいは児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設等の集団に適應できないか、何らかの問題行動があって学園にたどり着いた子どもたちなのである。むやみな我慢や寛容を求めるのはむしろ酷なことだろう。

つまり、現在の学園は、児童相談所の求めに応じて子どもを受け入れるうち、障害のみならず、虐待、非行、養護事情などさまざまな子どもが集まる場になっていたのである。

けれども知的障害児施設は、幼児や高機能自閉症、非行歴のある子どもにいかにかかろうと、重度児でない限り加算の対象にならない。経営的にはむしろ厳しくなっているのである。ユニットの園舎（一つに別棟）でかろうじて均衡が保たれているとはいえ、子どもの良好な育ちの環境が確保されなくなっている。小規模の暮らしを実現させたいと思うが、小規模児童養護施設が認められるわけではない。

児童福祉を役割としながら、知的障害児施設としての運営に限界を感じざるを得ないのである。今後、三障害を受け入れるとすれば、ますます問題は複雑化するだろう。

当学園の現状はあるいは特殊なのかもしれないが、現実こうした施設もあるということである。それを踏まえて今後のあり方を考えて見たい。

## 2. 今後の障害児入所施設のあり方について

### (1) 児童福祉法での公的責任を明確にする。

障害児施設入所の場合だけ利用契約というのは馴染まない。特に発達障害児を始めとして施設に入所する児童は錯綜してきており、障害児施設においても児童福祉法での公的責任を明確にし、他児童福祉施設と同様の制度・基準の上で運営されるべきである。

（２）小規模ユニットでの子育て環境の実現

①子育てにふさわしい生活単位の整備

６～７人のユニットでの運営を実現させ、前述したような家庭に近い環境の中で、一人ひとりに必要な愛情をかけながら支援できる施設環境を実現させる。

②障害ごとにグループ化できる支援環境の整備

障害の程度や傾向ごとのグループ化を図り、それぞれに応じた療育と支援を行っていく。三障害の受入れも、これによって可能にする。

③小規模児童養護施設の適用

被虐待や幼児など特別な対応が必要な子どもに対して、障害児施設にも小規模児童養護施設のような制度を創設して運営できるようにする。

現行の障害児自活訓練事業の改善見直しを図るべきである。

（３）職員配置基準の改善

前述（２）に対応できる職員配置の増を図る。

知的障害児施設の現行の加算は重度加算と虐待加算だけであるが、児童養護施設にはこの外に、未満児・幼児加算、家庭支援専門相談員加算、小規模グループホームケア加算、個別対応職員加算などが付けられ、児童１人当りの措置費の月額、知的障害児施設を上回るという逆転現象が起きている。

障害を始めとし、さまざまな課題を有する子どもが入所している知的障害児施設の職員配置は当然のことに改善されるべきである。現行の４：３人に一人を、最低でも２：５人に１人に改善するべきである。また、看護師、心理療法担当職員は、現在加算での配置となっているが、職員定数に含めて安定的に配置できるようにする。また、各種加算等も同じように付けられるべきである。

入所児童の多くは、愛着障害をあわせ持っており、職員数の増により、少しでも手や愛情をかけ、満たされた児童期の保障に努めていくべきである。

（４）地域療育等支援事業・家庭支援センター等の付置

障害児に特化した療育等支援事業や家庭支援センターを付置して、地域福祉コーディネーター等の選任スタッフを配置し、親や地域との関係調整、児童相談所と連携して地域の育児支援や自立支援に当たる。

親支援については、障害児の子育ての支援の外に、親自身に障害があるなどさまざまなハンデを有する家庭が増えているところから、必要に応じて宿泊による療育訓練などを復活させていく。

（６）障害児専門里親の連携・支援

障害児専門里親との連携を図り、里親活動への参加や、里親への相談助言やレスパイトなどの支援に努め、相互の機能を提供しあうことに努めていく。

（７）在宅支援、有期限・有目的利用の推進

児童の短期入所、日中一時支援事業の機能を必置させ、在宅支援に努める。また、有期限・有目的の入所を推進し、在宅障害児への療育支援、保護者へのレスパイトに努める。

一時保護機能を強化し、児童相談所と連携強化を図っていく。

（８）建物の改善

建物・設備について、以下の改善を図る。

①居室の面積は、一人当たり６．６平方メートル（４畳）以上とする。

## II 障害児入所施設（福祉型）の部

- ②居室の定員は、4人以下とする。
- ③ユニット化、個室化を推進する。
- ④三障害を受け入れる場合に必要なバリアフリー化を図る。
- ⑤地域支援・家庭支援スペースの付置を認める。

### (9) 年齢の上限

入所児童の年齢の上限は、20歳までとし、特例により23歳まで延長できることにする。特例とは、重度障害で次の生活の場が確保されない場合、就労自立の準備期間、学校の在学期間などとし、児童相談所が判断した場合とする。

### (10) 「障害」を冠しない施設名の実現

施設の名称に「障害」を加えることは、本人や保護者にとって抵抗があるばかりか、周囲の差別感につながるばかりで何ら益はない。可能性を秘めた子どもにふさわしい施設名を実現させるべきである。

知的障害児施設 ⇒ 児童発達支援施設等、子ども支援施設など。

### (11) 児童福祉施設機能の施設種別の一元化

先にも述べたとおり、入所児童の状況は錯綜してきているが、それぞれの施設種別が別の目的、制度、方法で進めてきた実態があり、一元化を一挙に進めることで混乱が予想される。

当面の取り組みみとして、受入可能な条件（ユニット制を採用した建物等）を備えた知的障害児施設に、一定の定員（6～10人程度）を定めて、健常児を受入れるということから進めることにする。これにより、児童福祉施設入所定員の不足がカバーできるだけでなく、兄弟姉妹などを分離させることなく養育できる。

各種児童福祉施設が一つになり、知識や機能を提供しあいながら、子どもの育ちと幸福に総力を挙げていくべきときにきていると考えるものである。

## 5. 第2種自閉症児施設及び自閉症児の支援について

千葉県：袖ヶ浦のびろ学園 沼倉 実

### 1. 第二種自閉症児施設の現状

療育支援の必要性から入所している児童が大半で、養護目的の利用や措置は少ない。すなわち、入所している児童のほとんどは、行動上の問題、強度行動障害で家庭や地域での生活が難しくなった児童である。また、これまでの経験から、入所している児童が児童精神科に入院した場合に、行動上の問題から病院内でも保護室収容されるレベルの児童が大多数である。児童精神科より、医療的な対応は終了したということで施設に移行してくる児童も増えている。支援の質こそ違うが、児童精神科と同等かそれ以上のレベルの支援を見守る施設で行っているといっても過言ではない。医療と同等の療育支援が必要な自閉症児の受け皿である。

そのような行動障害のある自閉症児の療育の場として、それらの児童の最善の利益とまでは言わないが、現状でよりよい選択肢としての機能を自閉症児施設は持っているものとする。しかしながら、制度としての自閉症児施設という意味では、知的障害児施設と大きく変わらず、大勢の自閉症児への十分な療育状況を持ち続けるだけの条件にあるわけではなく、地方公共団体、法人、保護者等の努力や工夫、熱意により苦勞して療育状況を維持している現状である。

また、支援の困難さから、成人になった時の移行先がなかなか見つからず、児童施設に残ってしまう利用者も多くなり、児童の支援を圧迫している状況もある。

### 2. 行動障害のある自閉症児に必要な支援

支援職員の質と量、支援環境等の支援体制が十分に用意されない中では、行動障害の悪化や他の利用者への支援不足のしわ寄せ、職員の疲弊が生じる。ベテラン職員のマンツーマン支援が一定時間確保できることや、支援状況が自閉症の障害特性にあわせて工夫できる建物環境、医療との連携がとりやすい状況、心理職との連携等が必要である。いうなれば、現行の強度行動障害の支援体制が施設全体として必要とされると考えられる。

### 3. 現行制度からみた支援体制の問題

現行の強度行動障害の加算は、地域によっては非常にハードルの高いものになっていて、よほどの行動障害が重ならないと適応されないことが多くある。重篤な行動障害が一つ頻回にではなくある場合でも、個別で濃厚な支援が必要とされることは多くある。また、3年間の時限があったり、職員配置に対する単価もベテラン職員を確保するだけのものになっていないことも支援の継続性の確保が難しい要因となる。実際の支援の困難な状況によってフレキシブルに対応できる判定がのぞましいと考える。

成人の支援体制は生活介護で2～1.7：1の職員配置が可能となっていることと比較して、その成人の支援と同等もしくはそれ以上の支援体制が必要とされる児童期の支援の難しい状況に対しては、現在全く考慮されていない4.3：1の最低基準である。いうまでも無く障害の一元化の前に、考えなければならぬ不足の状況にある。これは、支援の難しい児童が入所している知的障害児施設（自閉症児の入所割合は3～4割）にも共通の問題である。最低基準の引き上げと加算措置を十分に設定することが必要である。

#### 4. 一元化に向けた課題

自閉症児の支援環境には刺激の制限や構造化が有効であることは周知であるが、それらは他の障害児の特性に合わない場合も少なくない。また、動きや他傷の激しい状態や奇異な行動が他児童にもたらす影響は深刻なため、同じ場所での支援は難しいと予想される。そのためには、障害特性に合わせた小舎が必要となり、そのためには、より多くの支援職員と建物が必要になるとともに、支援技術の習得や専門職の確保等の問題が生じることは、自閉症児施設も知的障害児施設も同様の課題である。

支援の難しい行動障害のある自閉症児が、身近な施設で療育支援が受けられることは理想的なことである。そのための条件が整うならば、一元化に向けて一定の移行期間をもって本格施行されることはのぞましいことである。

## 6. 盲・ろうあ児施設の課題と今後の展望と提言

全国盲ろう難聴児施設協議会事務局  
東京都：東京愛育苑 金町学園 濱崎久美子

盲（視覚障害）及びろう（聴覚障害）は、視覚、聴覚が阻害された感覚障害である。特に聴覚障害児の場合、近年は生後2、3日で発見、その後は、直ちに家庭訪問などによる両親教育が開始される。生後6か月を過ぎると、通園施設やろう学校での親子の教育に移行され、3歳からは、盲・ろう学校では幼稚部が制度化された歴史があり、感覚障害に対応した教育が整備され成果が上がっている。

従って、盲及びろう児の場合は、入所直後から教育機関への通所による教育の早期開始は不可欠であり、さらに、盲・ろう単一の子どもと重複障害のある子どもとの育成到達目標は異なるので、それぞれに適切な対応ができる施設運営が必要であると考えられる。

また、言語獲得期の聴覚障害児にとっては、毎日対応指導員が変わる交代勤務の入所施設より、ろう学校幼稚部や幼児教育通所施設へ通学の便が良い里親家庭での育成が望ましい。

いずれの場合も、教育の早期開始と点字や手話・指文字等のコミュニケーション手段を欠くことができず、手話を子どもとのコミュニケーション手段として使えるまでには、数年の研修や経験を要する。これらを踏まえ、主としてろうあ児施設の課題と今後の展望について提言する。

### 1. 課題

#### (1) 社会状況からの予測

少子化の影響で視覚や聴覚に単独の障害のある子ども数は減少しているが、医学の進歩等により、盲・ろう以外に重複した障害児の数は増える傾向にある。

さらに、家族や家庭のあり方にも問題があり、手のかかる子どもは親が育てず理由をつけて施設に預けようとする傾向がみえる。

このような社会情勢を受けて、今後は、児童福祉のあり方が変わり、施設に求められるものも変化すると思われる。

しかし、一元化はこれらの課題に対応するまでには考えが至っていない。

#### (2) 施設経営

施設は、一定数の児童を確保して経営するために、今後は、特に盲・ろうの障害及びそれを主とした重複障害のある子ども、さらには、その他の障害のある子どもも受け入れることになる。対応・指導も多様化するので、ここでも、点字や手話、指文字等のコミュニケーション手段は中核であり欠かすことができない。

#### (3) 入所の実態

平成22年度、全国の盲児施設は、8施設（入所児116人）、ろうあ児施設は9施設（入所児141人）である。

	盲又はろう単一	知的を主とした重複	他障害等の入所
盲	8%	77%	15%
ろう	31%	55%	14%

- ・入所児童全体に占める重複化の割合は高く、特に知的障害との重複度は高い。
- ・他の単一障害の児童や養護対象児童が入所している実態がある。

(4) 専門性の維持；入所児童の障害は、多様化の傾向にある。そのため、主障害である盲・ろうの専門性がより大切となってくる。

（５）盲・ろうあの場合、1施設が広域の地域をカバーする傾向は、より一層強くなる。このため、近県間の児童相談所等の連携と施設所在地の役所の理解が必要となっている。

## 2. 新たな現状

### （１）新しい構想による経営が必要である

入所は、事由により措置と契約のいずれかとなっており、その個別対応が求められている。社会や家庭の環境の変化に対応して、盲児・ろう児にとっても、一人ひとりの自立のニーズに応じた社会福祉のあり方を求め、社会自立につながる施設経営の確立、また、障害者自立支援法に対応し、社会自立を旨とした経営が必要である。

### （２）新しい構想による重点施策や実施事業の充実・拡大が大切である

- ① 有資格の聴覚障害者及び手話のできる健常者を職員に採用し、協働及び児童と児童指導員が、十分にコミュニケーションを図れる環境の整備、IT機器関連の充実
- ② 児童に考えさせ、判断させる生活を体験させるため、そのあり方に重点を置いた個別支援計画に基づいての指導・育成と企業等との連携や外国の高校、大学生との交流等
- ③ 長期の措置入所児童の家庭復帰の促進の検討や実施
- ④ ろう学校への有資格カウンセラーの派遣
- ⑤ 教員免許取得のための介護等体験や社会福祉、保育士等の実習の施設実施
- ⑥ 聴覚障害児の大学進学、基礎学力向上の塾の実施
- ⑦ 人工内耳装用児のことばの指導の実施
- ⑧ 発達障害を伴う児童の生活指導等への対応等

### 3. 提言－聴覚障害児専門のニーズに合わせた新しい施設の必要性－

入所施設の他、相談、教育、就労、余暇生活指導を行うことや聴覚障害児を受け入れている里親家庭への相談や支援等、地域の聴覚障害児童福祉のセンターとしての役割を果たす施設が求められる。

そのためには、施設と自治体の教育委員会、ろう学校長会、全国ろう学校PTA連合会、聴覚障害研究諸団体、聴覚障害者団体・大学等との連携などを図りながら、

- ① 措置・契約による入所施設として、さらに契約入所児童の拡に対応
- ② 相談室・カウンセラーの配置
- ③ 聴覚障害者と健聴者による運営
- ④ 里親家庭への相談・支援
- ⑤ ろう学校教員志望の障害者への支援
- ⑥ 大学・専門学校との連携、大学の研究等への協力
- ⑦ 進路相談とこれまでに無い新たな進路開拓、等の事業を展開する

その実現により、専門性を活かし、福祉、教育、労働と連携したろうあ児施設として、また、一元化により、施設のあり方や変化への対応を配慮し、その社会的役割を果たすことができると考えている。

社会がどのように変化しようとも聴覚に障害のある子どもは誕生する。社会福祉は、障害に対して専門性を持ち、そして、社会状況の変化や必要性に伴い対応することが必要である。

## 7. 障害児支援への肢体不自由児療護施設からの要望

日本肢体不自由児療護施設連絡協議会  
会長 本日真理子（宮城まり子）

日本肢体不自由児療護施設連絡協議会は全国で6ヶ所（北海道、神奈川県、静岡県、大阪府、兵庫県、山口県）しかない肢体不自由児療護施設で構成された小さな団体である。肢体不自由児療護施設の入所対象は基本的には病院に入院しての治療を必要としない家庭での療育が困難な肢体不自由児であるが、知的障害との重複児がほとんどで、近年は知的障害が主の児童も入所するようになってきました。入所の要因としては虐待による入所が多くなり、家庭とのやりとりが難しい児童が多くメンタルケアも療育の中で大きな比重を占めるようになってきました。こうした中、児童福祉に反する障害者自立支援法が施行され経営的にも厳しさが増し、各施設で工夫をしながら療育を行っていますが個々の努力も限界に達しつつあり、そこで当協議会では各施設から出た以下の要望を国に対して挙げたいと思っています。

### 1 措置体系の見直し

- (1) 障害基礎年金を受給しない20歳未満の入所児童については、措置にしていきたい。

契約児童の保護者にとって平成18年10月以降、利用料等の負担が大きいのとなっています。また、週末や長期休暇等の外泊は児童と家庭をつなぐ大切なものですが、施設にとっては外泊分の収入が減り、経営的に厳しくなります（入院も同様）。さらに、契約児童の保護者の中には正当な理由もなく利用料等を支払わない家庭もあります。また、同じ施設で生活していても保護者の経済状況によって被服の購入や諸行事への参加の制限をせざるを得ない等の格差が生じています。

肢体不自由児療護施設は肢体不自由児のための養護施設として生まれた経緯があります。障害があっても養護性にかける児童の支援ということは健常児と変わらないものであり、今後も肢体不自由児のセーフティーネットとしての役割を果たすためにも必要な施設だと思しますので一般児童福祉施策と同様に措置体系の復活を要望します。

- (2) 措置体系の見直しにあたり、肢体不自由児療護施設の職員定数や看護師配置基準の見直しをお願いしたい。

昭和43年4月に我が国初の肢体不自由児のための養護施設「ねむの木学園」が静岡県浜岡町に開設されました。昭和48年4月に、「肢体不自由児養護施設の設置について」の通達が出たことによって、児童養護施設の中に肢体不自由児のための施設種別が創設されました。昭和54年5月、厚生省は省令を一部改正し、種別名称を肢体不自由児療護施設に変更された歴史的経過があります。また、職員定数や看護師配置基準も肢体不自由児療護施設の状況にあった形が決められました。

しかしながら、現在入所している児童は当時と比べて養護性の高い、医療的なケアが必要で重複障害を持っている児童が多くなってきており、これらの児童の療育をきちんと行うためには国基準の職員数では不可能なため、足りない分を各自治体からの補助金等で職員雇用しているのが実情ですが、補助金は年々削除されており、このままでは児童に適正な療育を行うことができなくなると考えられます。

以上のことから、職員定数や看護師配置基準について見直していただくことを要望します。

- (3) 障害児施設の入所に係る契約及び措置に関する判断が、都道府県・指定都市・児童相談所設置市によりバラツキがみられます。各都道府県等が実際に行っている対応を精査し、平成21年11月17日付（障障発1117第1号）の厚生労働省 社会援護局障害保健福祉部 障害福祉課長通知の内容に沿った対応となるよう指導していただきたい。また、「契約」となった児童に対する継続的な情報収集につい

ても、訪問調査も含めて実際には機能していない現状があります。ご確認いただき、児童相談所への訪問調査の義務化をしていただきたい。

## 2 幼稚園通園費の導入

児童養護施設には幼稚園通園費が認められて、なぜ肢体不自由児療護施設には適用されないのか。施設入所をしていると外部とのかかわりが少なくなりがちで、特に就学前の児童は施設外へ出る機会が多くありません。そのため幼稚園への通園は外へ出る絶好の機会であり、かつ同年代の児童とかわかることで社会性も身につくため、事情が許す限り通園させるようにしています。以上のことから、幼稚園通園費の導入を要望します。

## 3 加齢児の日中支援活動への人員配置（加算）の付加

近年高等部を卒業しても進路先がないため退所することができず、必然的に児童施設である肢体不自由児療護施設に加齢児が残っている現状があります。そのため施設内で加齢児の日中支援活動のための職員のやりくりをして対応していますが、加齢児の人数も多くなってきているため、通院等他の業務に支障が出てきています。加齢児はおおむね一日を園内で過ごすため、加齢児の生活の充実を図るためには特に日中支援活動を充実することが必要だと考えます。言い換えれば、肢体不自由児療護施設には日中支援活動の場（機能）が不可欠になってきたとも言えます。

以上のことから、日中支援活動を行う人員配置もしくは人員配置をするための加算を付加していただきたい。

## 4 在宅の肢体不自由児への支援

- (1) 家庭において、肢体不自由児が埋もれることのないように幼児の健康診断の完全義務化を都道府県から市町村への通達。家庭における虐待の有無等の早期発見の体制づくりとして、健康診断の欠席者への家庭訪問の実施の義務化をしていただきたい。
- (2) 家庭で肢体不自由児を養育している保護者にとって、短期入所事業・日中一時支援事業は不可欠である。また、その保護者たちは「送迎サービス」を多く希望されている。そこで、日中一時支援事業では送迎サービス事業を実施している市町村もあるが、その対価は安く、人件費・燃料費・車両の維持費等を考えると全く割に合わない現状である。各市町村へ送迎サービス事業の義務化と対価の見直しを通達すると共に、制度の1本化を図っていただきたい。（利用者によってはガイドヘルパーと短期入所事業を併用されているが、他事業所のサービスを利用され、予約を2本立てでしなければならない現状である。何かよい工夫を提示していただきたい）
- (3) 日中一時支援事業は市町村事業とはいえ、その実績報告書、上限管理表、請求書の様式が統一されておらず、必要提出書類もまちまちである。様式と提出書類の統一の指導をしていただきたい。

平成22年度障害総合福祉推進事業  
指定課題2.4 「障害児施設のあり方に関する調査」

## 医療型障害児入所施設への転換 （肢体不自由児施設の立場から）

全国肢体不自由児施設運営協議会  
君塚 葵

1

## 目 次

- A
1. 現状・考慮すべき点・今後の方向
  2. 肢体不自由児施設の現状と課題
  3. 今後へ向けての提言

- B
1. 肢体不自由児施設の概要
  2. 入所児童の概要
  3. 母子入園・被虐待児・社会的入園
  4. 入所以外の状況
  5. 地域移行へのネックについて

- 別資料 1 全国肢体不自由児施設の概要  
○ 別資料 2 発達障害者支援センターの併設状況

2

## 障害児の保健・医療をめぐる変化

1. 脳性麻痺の発生率は、最近倍増している。  
※ 以前は、1～1.2人/1,000人 → 2.5人/1,000人  
（高齢出産、不妊治療での多胎妊娠での障害、飲酒・喫煙）  
※ 特別支援学校生徒数の著明な増加
2. 障害児の重度重複化が進行している。  
※ 新生児医療の発展（重度の障害を残す。 chronic NICU）
3. 発達障害児への支援の必要性がたかまっている。  
さらに今後、胎児性アルコール症候群の増加も懸念される。
4. 障害児医療の国内の研究機関の不足・海外のレベルに遅れる。  
（特に現場に即した研究の費用・体制の不足）

3

## 障害児施策において考慮すべき点

- \* 児童福祉法のもとに  
18歳未満の発達期の発達保障の確立  
子どもの権利条約の遵守(国内委員会の活性化)
- \* 障害児支援の見直しに関する検討会報告書の尊重  
4つの視点の重視（子どもは国の宝）  
障害の一元化・程度区分の導入——施設給付費の属人化  
積み残されている課題の解決（入所の実施主体は都道府県へ）
- \* 障害者自立支援法案の課題  
現場現況の実態に立脚した視点での見直し  
専門スタッフの質・量の確保
- \* 障害児福祉予算の増額（財源の確保）  
少子社会における幼少障害児の重度重複化の進行  
（若い世代は資力の乏しさが普通であり、可能な限り無償で支援する）  
（子ども、子育ての施策を下回ることのないような目配りが必要である）

4

## 現在の医療型入所施設

病院（医療法）＋児童福祉施設（児童福祉法）

1. 肢体不自由児施設	62施設	2,623人
2. 重症心身障害児施設	125施設	11,827人
3. 肢体不自由児通園施設	99施設	2,777人
4. 第一種自閉症児施設	4施設	—
（自閉症児施設全体）	7施設	219人

（注）出典：平成20年社会福祉施設等調査

5

## 今後更に進むべき方向

1. 18歳未満児の発達保障＋処遇の児者一本化  
（処遇の児者一本化は全ての障害に共通、法的には別体系として障害児の発達保障の確保）
2. 属人化での単価設定：大島分類＋医療ケア＋療育支援  
（入所施設別給付単価ではなく、入所児に応じたの評価――重症即濃厚療育介護ではない）
3. 障害程度区分の改変：  
年齢区分の導入、介護度、加算（被虐待、入所期間別、特別職員配置）
4. 障害の一元化（入所施設には工夫が必要――専門性の優先）
5. 施設から在宅へ（車の両輪）  
有期間通過型入所＋短期入所と通所とは在宅のバックアップの要  
社会資源の充実とくにマンパワーの質的向上――地域社会資源への技術支援の評価）
6. 障害専門医療職の確保

6

### ＊児者一本化の中で児と者との違い（発達保障）

- ・発達変化する成長期・臨界期としての区分：義務教育等を受ける年齢
- ・未熟で、本人・家庭を含めて脆弱（ICFの背景因子）  
（狼少年・三つ児の魂百まで、虐待・障害の受容）  
（肢体不自由養護学校の生徒の50人に1人は毎年死亡している）

### ＊各障害の専門性確保と障害の横断的な一元化の両立

- ・医療・療育モデルと生活モデルの融合
- ・重度重複多様性に対する個別ニーズへの綿密な対応
- ・医療型障害児施設の充実――chronicNICU（5%）の受け皿  
障害児医療の充実・研究体制の確立

### ＊各社会資源の役割・位置づけと連携

- ・地域役割分担と重層的な連携の構造化と明確化
- ・施設体系ではなく、属人化による評価への転換により重症例の排除を解消する

7

## 肢体不自由児施設における課題

1. 全国59の入所型肢体不自由児施設は、有期限通過型で、  
外来・通所・短期入所・技術支援のデリバリー等をもっとも  
行っていて、その入所機能は在宅支援の車の両輪となっている。  
69年間にわたって常にニーズに応じてきた障害児医療福祉  
の在宅の重症心身障害児の最後の拠点でもある。
2. 運営の困難さ  
経営難  
（施設給付費が加算を含めないと重症心身障害児施設の4分の1）  
医師（後継者難）・看護師不足で存続の危機にある。  
医師不足（常勤270名、非常勤340名の維持の困難は、  
産科・麻酔科以上に深刻である。（とくに新規医師参入不足））
3. 肢体不自由児施設が小規模多機能化していて、多数の発達障害児や  
一部の障害者への支援など現に果たしている大きな役割・実態が  
大きく変化しているが、体系が旧態のままである。

8

### 肢体不自由児施設が重症心身障害児の在宅支援を最も担っている

1. 18歳未満の在宅の重症心身障害児の多くの有期限の入所・短期入所を通過型として、肢体不自由児施設がみている。  
入所児の約4割が大島分類の1～4である。  
(重症心身障害児施設の給付費重症指導費は肢体不自由児施設給付費の加算を加えても倍以上である。  
短期通過入所での療育支援は生活施設の長期入所に比較して様々に、負担が大きい。肢体不自由児施設の職員配置は全国平均で重心施設と同じく職員配置は約1：1であり、児1人当たりの医療スタッフはより多くなっている)
2. 肢体不自由児施設では経営のために、施設の4割ほどが病棟の一部或いは重症心身障害児施設に転換したが、有期限通過型の入所受入れ機能が低下し、障害児在宅支援の低下が否めない。

9

### 医療型障害児入所施設の多機能の一層の充実

(Hospital and Home with School)

#### \*3次福祉圏域の総合的な療育医療の拠点として

特別支援学校との連携・巡回相談・通園等への技術支援の一層の充実を。

#### \*通園・外来・入所機能による早期療育・相談支援

母子入園・機能向上の手術・虐待等社会的入園（通過型）・短期入所の維持。

#### \*在宅・家族支援を要として重症例への対応の充実

重症心身障害児通園施設の拡大に肢体不自由児施設のマンパワー活用を。  
医療を要する重症心身障害児短期入所がナース不足で機能低下している。

10

## 医療型障害児入所施設の課題

1. 有期間有目的入所機能の維持確保  
18歳以降の加齢児の転出先の確保  
(特に被虐待重症児、医療を濃厚に要する重症児)
2. 小規模入所施設に対応して、児者の混合病棟のあり方の工夫
3. 地域支援の拡大・一般医療機関との連携

## 障害者自立支援法でのその他の課題 1

### 1. 在宅重度児への不十分さ

- \* 医療ケアを要する重心児の短期入所に対応できない
- \* 重心通園の不足（養護学校卒業生の10数%は日中活動の場を確保できず卒業後、自宅に埋没――相談支援にではなく社会資源に優先配分を）

### 2. 自己負担で利用者と施設とが対立関係となる危惧

- \* 未収金の漸増（6%ほどになっている。）  
(3ヶ月以上の自己負担未納は経済的ネグレクトとして、低所得者の場合には契約から措置に変更して欲しい。)
- \* ドタキャンの多さ（日割り制度のデメリット）

### 3. 肢体不自由児施設（通園も）の施設支援費の低さ

## 障害者自立支援法でのその他の課題 2

急を要して契約が間に合わない

（以前の措置では事後承諾で容易に対応してくれていた。）

- ＊ 障害児の急変時(誤嚥、痙攣重積等)  
（全国の肢体不自由児養護学校の生徒50人中1人が毎年亡くなっている。）
- ＊ 褥創悪化による骨髄炎・熱発
- ＊ 病的骨折などの大きな外傷等

13

## 2. 障害程度区分について

障害児の障害程度区分の難しさ

- ＊ 発達変化する（8歳以下での支援量の多さ）

低年齢ほど重度（肢体不自由児施設における1分間タイムスタディーより）

- ＊ 重複障害の多様さ

＊ 個別のニーズへの対応

＊ 程度区分（5段階）と支援量との乖離

14

### 3. 入所施設の一元化について

肢体不自由児施設の現状を踏まえて

1. 医療型障害児入所施設——通過型・多機能
2. 在宅重症児支援を中心にする
3. 専門性の確保と地域支援との両立へ
4. 従来の専門分野別施設間の連携の促進

15

### 一元化に向けて、医療型障害児入所施設がめざす方向性

専門性確保の観点重視して、

肢体不自由・重症心身障害児の第3次専門機関（最後の砦）

かつ、地域の知的障害児・精神障害児の第1～2次対応機関  
（軽・中度）  
（寝たきりの児の中にパニックとなる児と一緒に  
狭い空間に入所させられない）

16

## 入所実施主体その他

障害児の入所の場合、市町村レベルでは新規入所者を決定できないあるいは非常な混乱が予想され、従来どおり都道府県が主体となって所轄し、機能不全とならないようにしてほしい。

全国児童相談所長会も措置などの存在、対応困難事例の多さ等から、今後も所轄するとの考えを持っている。

（すでに入所児の都道府県での措置率の大きな格差がある。）

### ※ 東京都の重症心身障害児施設への新規入所

入所は、各児相から提出された中から入所判定会議を経て決定している。

1, 200 + α床が満床で19年度の新規入所総数は8名  
（児童相談所のホームページによると、入所待機児童数は611名）

17

## 障害児入所施設の利用者負担

※ 18歳未満の入所中は、特別児童扶養手当が停止  
（3歳未満では、原則、手帳が交付されない。）

※ 未収金（肢体不自由児施設で6%）は、従来都道府県が確保できなかった（東京都では従来5%）

――負担金支払い能力の有無を把握できない。

（利用者と事業者との間に対立を持ち込んでいる。）

18

## B. 肢体不自由児施設の概要

(Hospital&Home with School)

入所小規模：入所児数平均 37.1名

通過型 (医療・母子入園228床、2割の社会的入園も)  
(短期入所を除いて年間入所総数 4,554名)

多機能：他種施設併設複合センター  
(重心施設38%、障害者施設25%、発達支援センター13%)  
養護学校の併隣接 100%  
在宅支援  
外来(月延11万人)・通園1,103名  
重心児などの短期入所  
地域支援・連携  
(巡回相談・離島巡り、校医・通園嘱託)  
(研修会開催、見学・実習引き受け)

19

## 肢体不自由児施設は名称が実態と整合していないことの解消へ

### 対象

- ＊手足の不自由な障害児はごく一部  
入所の約4割は重症心身障害児(IQ35以下が5割)
- ＊脳性麻痺と発達障害とが半々
- ＊障害者も利用(入所の10数%の過齢児を除く。)

### 形態

- ＊障害児医療を基礎とした専門家集団(Hospital>>Home)
- ＊入所は通過型(虐待など長期の社会的入所は2割)
- ＊在宅・地域支援を最も行っている
- ＊母子入園(早期療育の柱)
- ＊重症心身障害児の短期入所(重心児の在宅支援の要)

20

1. 脳性麻痺を含む脳原生疾患が入所児の3/4を占めている

重度重複がさらに増加している

（入所児の半数はIQ35以下）

（ADL各項目で50%以上で全介助）

（てんかん、視力障害、聴覚障害合併多い）

在宅児で乳幼児が重度化している

（例：心身障害児総合医療療育センター外来：在宅酸素療法27、

経管栄養200+気管切開30、在宅レスピレーター22名）

早期療育のための母子入園のニーズが高まっている（スタッフ疲労による後退）

（殆どがNICU経由）

2. 自閉症群が外来新患の3割以上を占める（1,000名中300名）

児童精神科、心理士、感覚統合訓練の医学的リハ等で対応

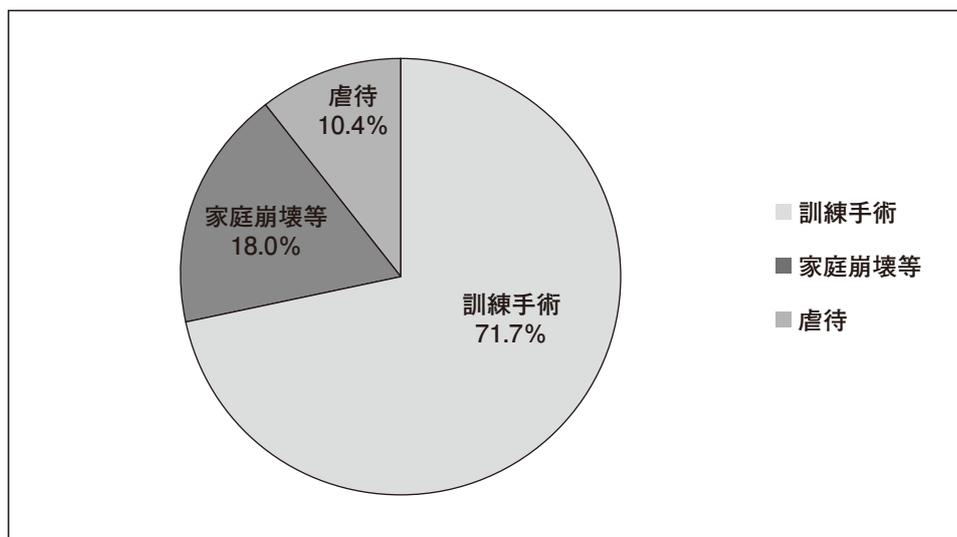
3. 合併症に対して経験のある各種専門科のニーズが高い

脳外科、眼科、耳鼻科、遺伝科等

21

入所目的

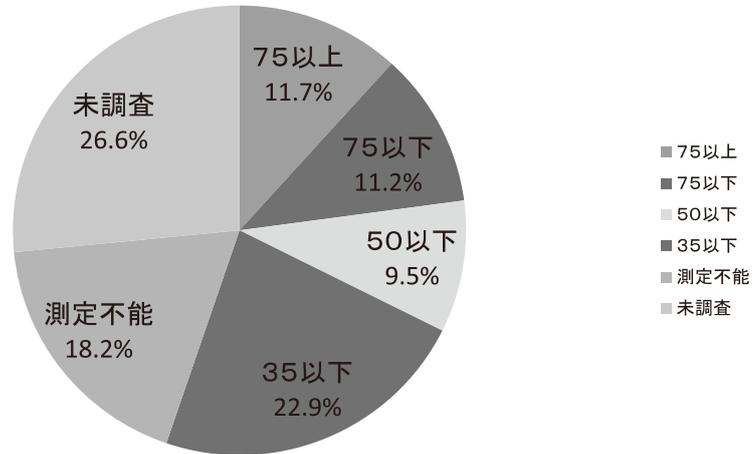
—平成22年3月1日— （児童数計 2,015人）



22

## 入所児童の知能指数状況

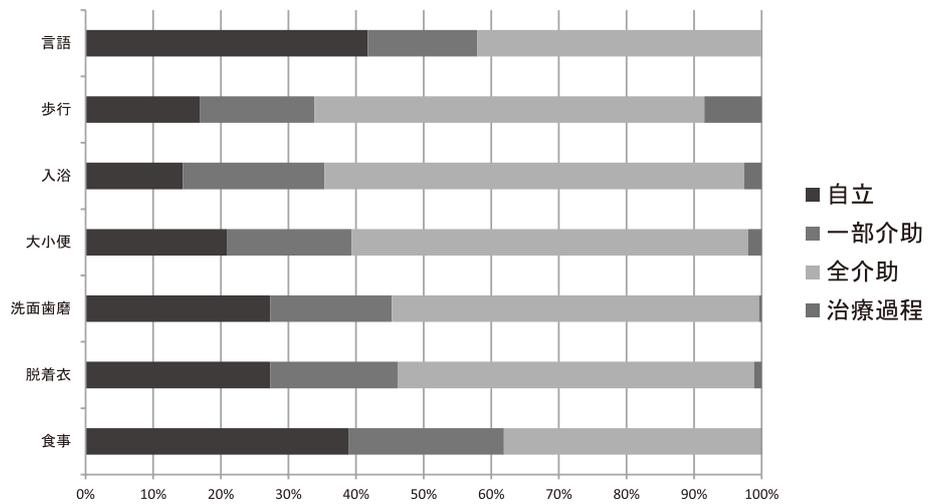
(平成22年3月1日現在)



23

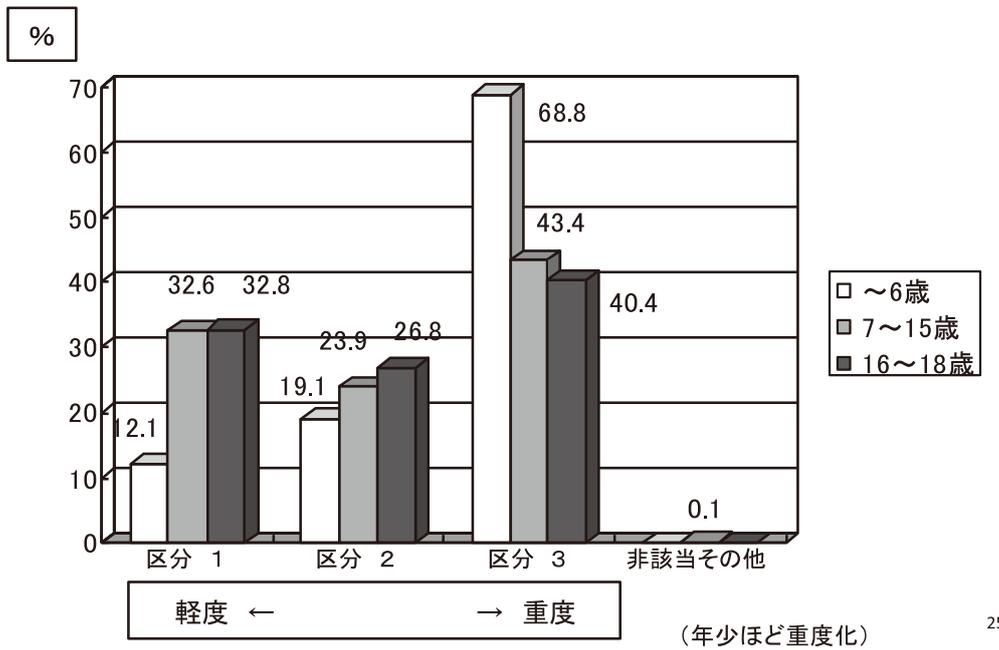
## 入所児の要介助率

(児童数計 2,015人)



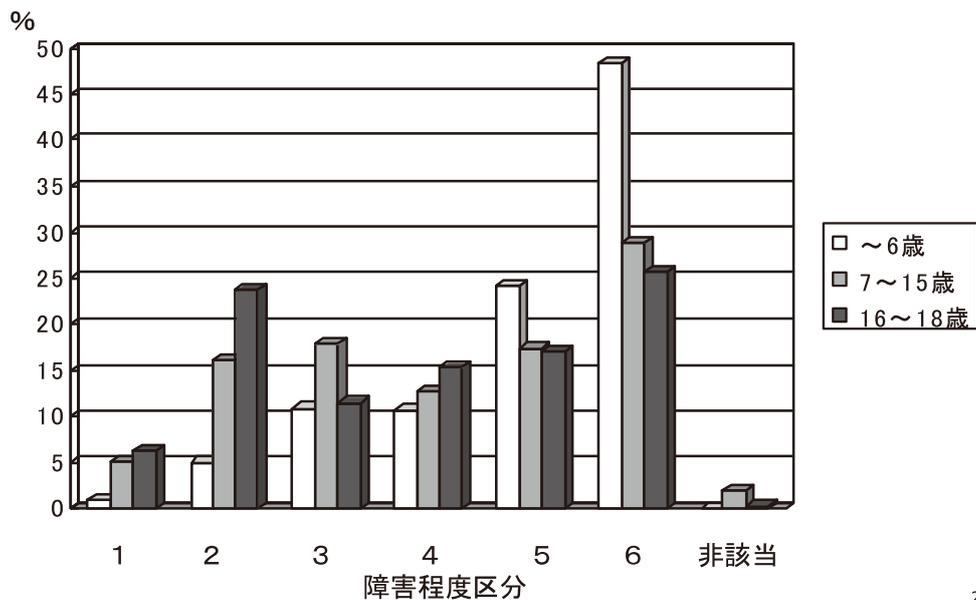
24

図4 在宅障害児市町村調査項目による  
障害児程度区分（年齢群別）



25

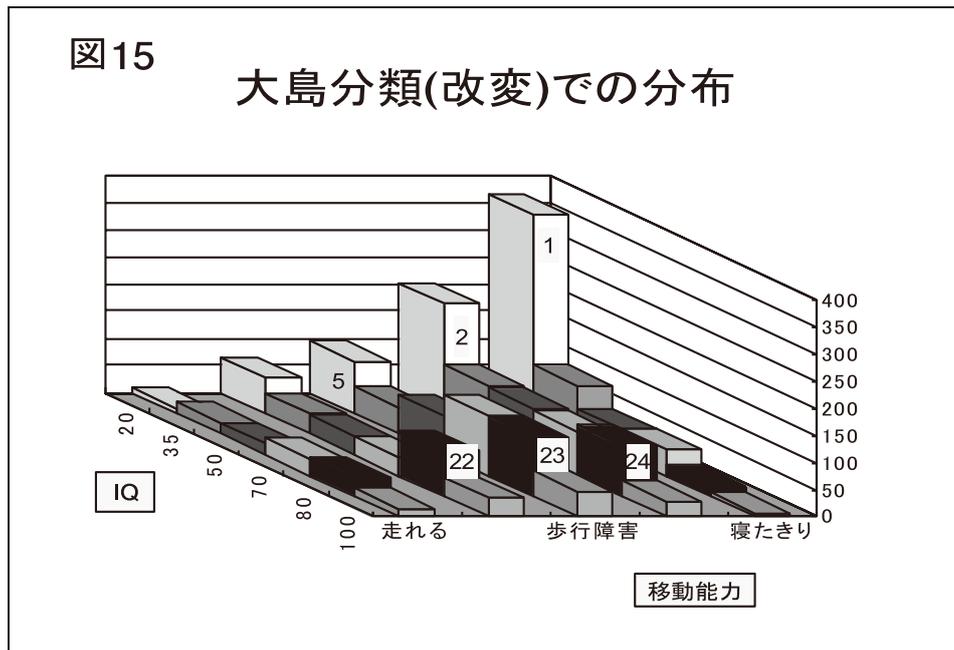
図6 自立支援法  
障害程度区分の分布(年齢区分別)



26

図15

大島分類(改変)での分布

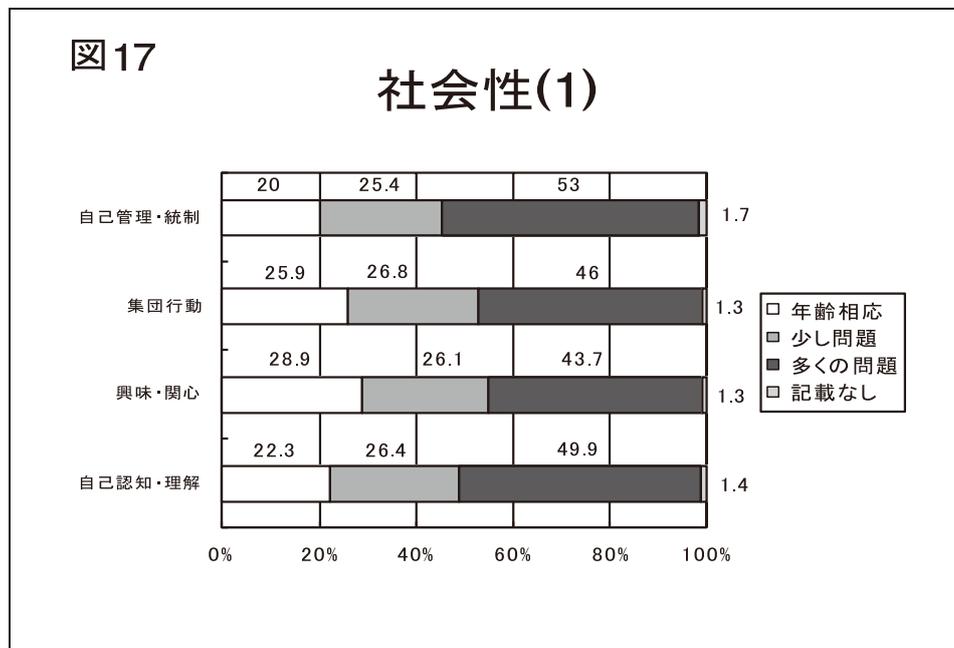


肢体不自由児施設入所例

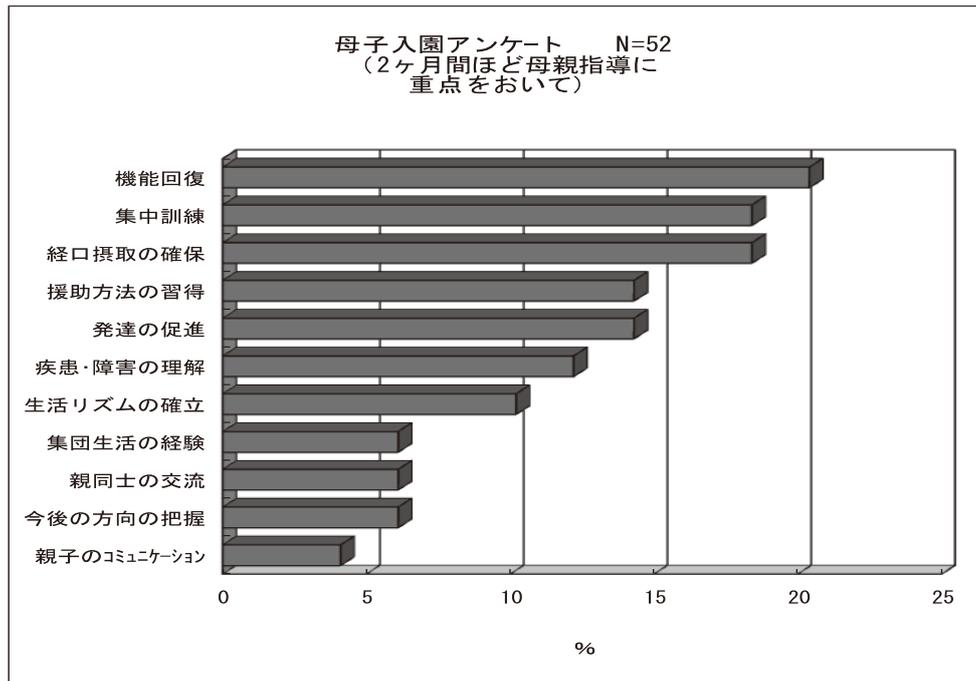
27

図17

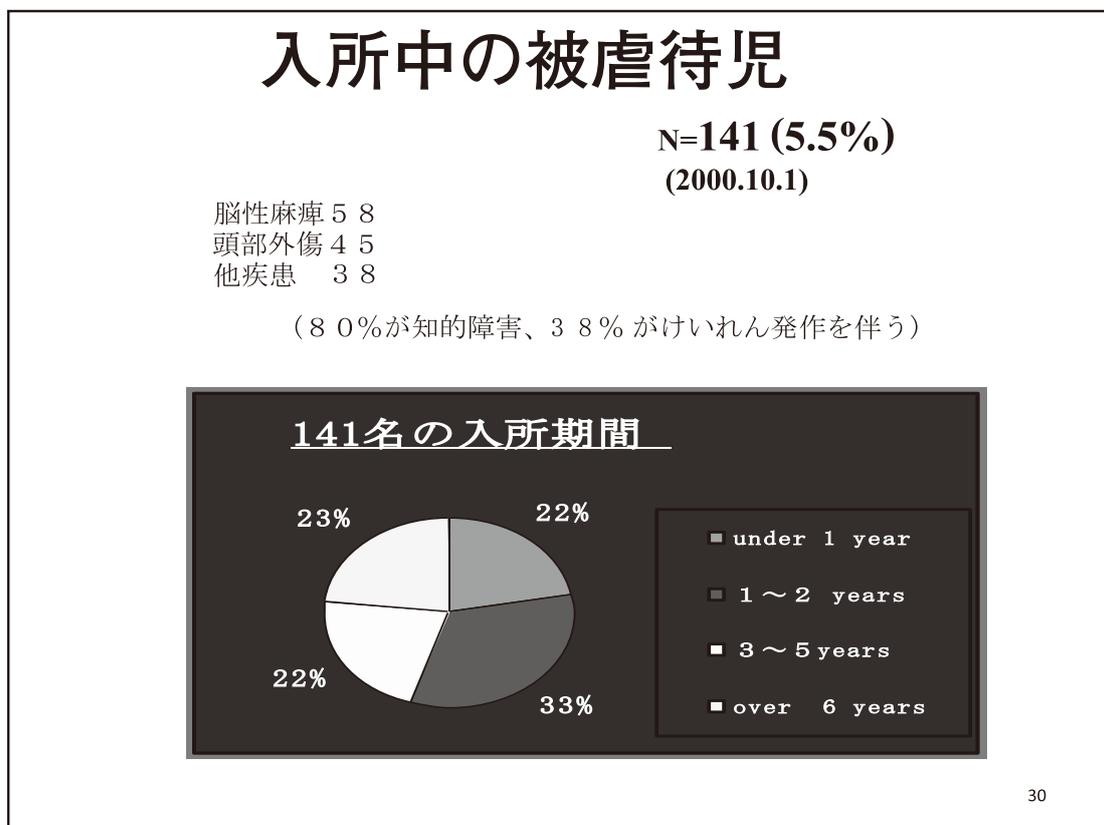
社会性(1)



28



29



30

## 肢体不自由児施設入所外の状況

(59施設)

### 1. 外来延べ受診児者数

110,003人/月(2009年10月)

Cf: (69,841人/1984年10月 73施設)

### 2. 重心施設併設

32施設(54.2%)

### 3. 障害者施設併設

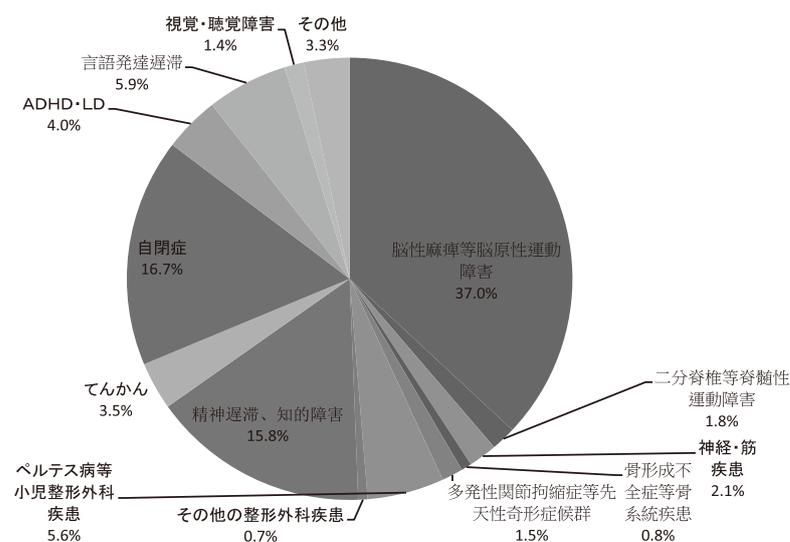
14施設(23.7%)

31

## 外来病名分布(18歳未満)

(全施設 平成22年2月～3月の任意の1週間)

※ 月延べ 110,003人(平成21年10月)



32

## 地域支援

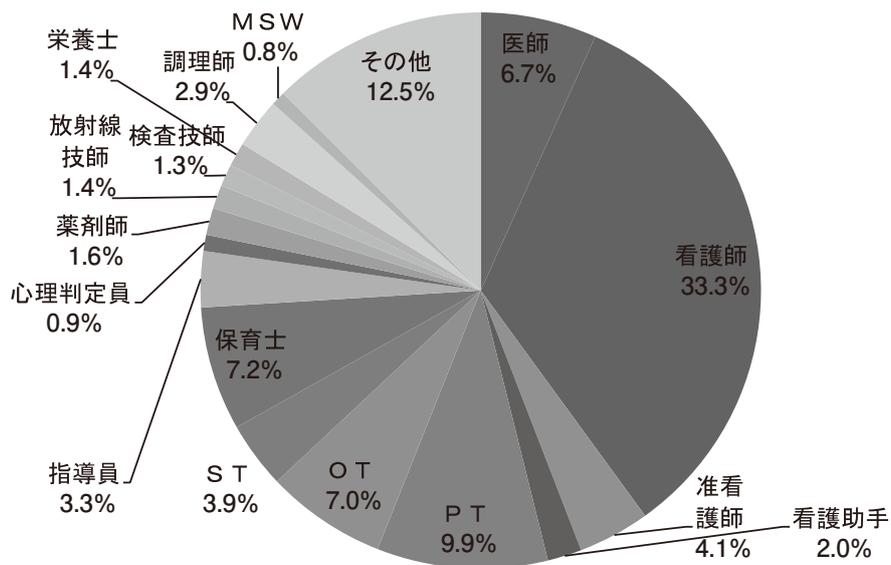
（H21実績）

巡回相談	5,894件
地域生活支援事業	9,069件
外来療育等相談事業	11,523件
（療育拠点施設事業）	
施設支援専門指導事業	657回
専門療育相談事業	1,660件

33

## 肢体不自由児施設の職員構成（正職員のみ）

（H22.3.1現在 全施設合計 4,150人）



34

## 地域移行へのネックについて

<アンケート調査結果から>

質問 入所児童が自宅に戻ると仮定して車いすで自由に移動できるだけの廊下・通路を有している家屋に住める児童は？

回答

- |              |     |
|--------------|-----|
| 1. 大勢いる      | 0%  |
| 2. 症例によってはいる | 42% |
| 3. ほとんどいない   | 54% |
| 4. まったくいない   | 4%  |

35

今後、肢体不自由児の地域への移行・在宅支援が推し進められることへの意見など

1. 地域医療の崩壊、特に小児科医の不在地域が増えた（医療の受け皿が）
2. 子どもの療育は国策として保護すべき
3. 学校への送迎、放課後対策が困難になった
4. 相談し園事業所との連携がますます重要
5. 地域支援事業の報酬が安価すぎる（専従の職員の雇用が困難）

36

質問 知的特別支援学校での、たんの吸引、  
導尿介助はどうされていますか？

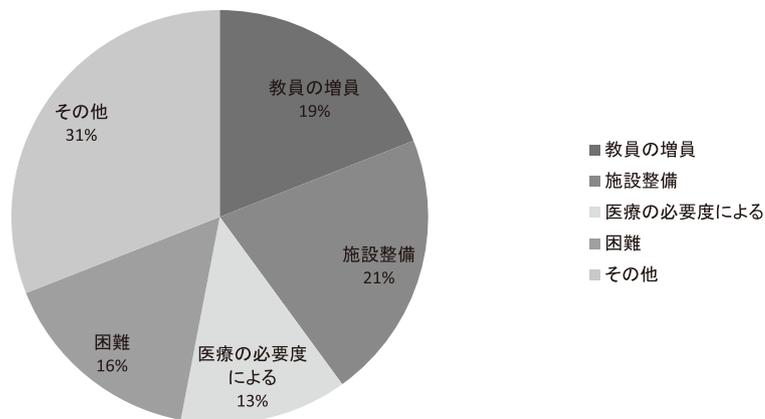
- |                         |     |
|-------------------------|-----|
| 1. 保護者からの依頼で、担当もしくは養護教諭 | 31% |
| 2. 児童が低学年であることを条件にしている  | 0%  |
| 3. 担当教諭に任せている           | 14% |
| 4. 保護者に来校してもらっている       | 55% |

その他

- ・ 常勤、パート看護師による（全国）
- ・ 訪問看護ステーションから派遣（東北）
- ・ 研修を受けた教諭、養護教諭（関東、東海）
- ・ 県の実施要綱による（信越、関東、東海、近畿）
- ・ 咽頭より手前の吸引は教員も可能（北陸）
- ・ 導尿は、その度ごとに通院させる（中国）

37

質問 知的障害養護学校での肢体不自由児の受け入れは  
可能か？



38

## 全国肢体不自由児施設の概要

(1) 施設数及び入所定員(平成22年3月1日現在) (単位 人)

区分	施設数	回答施設数	一般病棟	重度病棟	母子病棟	小計	通園部門	合計
公立公営	23	23	1,301	136	157	1,594	370	1,964
公立民営	11	11	590	0	53	643	250	893
民立民営	25	25	894	287	41	1,222	450	1,672
合計	59	59	2,785	423	251	3,459	1,070	4,529

(2) 入所児童現員及び病類別児童数(平成22年3月1日現在)

病名	児童数	比率
脳性麻痺	1,028	51.2%
CP除く脳原性麻痺	314	15.7%
ペルテス病	95	4.8%
二分脊椎	72	3.5%
神経・筋疾患	77	3.8%
骨系統疾患	61	3.1%
先天性股関節脱臼	25	1.3%
その他整形外科的疾患	46	2.3%
その他	297	14.3%
合計	2,015	100.0%

(7) 職員数と入所児童数の比率(平成22年3月1日現在)

区分		全職員	看護要員	保育士・指導員
		公立公営	定員 1.1 現員 0.4	2.0 0.8
公立民営	定員	1.1	2.2	9.9
	現員	0.6	1.3	5.4
民立民営	定員	2.3	4.5	23.1
	現員	0.5	1.1	5.2
合計	定員	1.3	2.5	11.8
	現員	0.5	1.0	4.6

(3) 年齢別入所児童数(平成22年3月1日現在)

年齢	児童数	比率
0～6歳未満	293	14.5%
6～13歳未満	808	40.1%
13～15歳未満	315	15.6%
15～18歳未満	360	17.9%
18歳～	239	11.9%
合計	2,015	100.0%

※ 1 看護要員とは、看護師・看護助手・保育士・指導員である。

2 職員数は、正職員のみである。

(4) 在所期間別児童数(平成22年3月1日現在)

入園期間	～3月	4月～6月	7月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～5年	5年以上	合計
児童数	324	129	222	220	196	224	700	2,015
比率	16.1%	6.4%	11.1%	10.9%	9.7%	11.1%	34.7%	100.0%

(5) ADL別在所児童数(平成22年3月1日現在)

区分	食事	着脱衣	洗面歯磨	大小便	入浴	歩行	言語	計	比率
○	785	551	551	421	290	340	841	3,779	26.8%
△	462	379	362	372	422	342	327	2,666	18.9%
×	766	1,062	1,094	1,181	1,251	1,162	846	7,362	52.2%
◆	2	23	8	41	52	171	1	298	2.1%
計	2,015	2,015	2,015	2,015	2,015	2,015	2,015	14,105	100.0%
要介護比率	61.0%	72.7%	72.7%	79.1%	85.6%	83.1%	58.3%	73.2%	

要73.2%

※ ○→独りで出来るもの、△→相当介助を要するもの、×→全面介助を要するもの  
 (言語の項目については)○→分かるもの、△→時々分かるもの、×→分からないもの  
 ◆→治療の過程(ギプス・けん引等)で出来ない場合

(6) 入所児童の知能指数状況(平成22年3月1日現在)

知能指数	75以上	75以下	50以下	35以下	測定不能	未調査	合計
児童数	236	225	191	461	367	535	2,015
比率	11.7%	11.2%	9.4%	22.9%	18.2%	26.6%	100.0%

(8) 障害児(者)地域療育等支援事業の実施状況

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| ①療育等支援事業の指定施設 25施設 | ③短期入所事業の指定施設 52施設    |
| ②療育拠点施設事業の指定施設 8施設 | ④児童デイサービス事業の指定施設 6施設 |

(9) 入所児者の外泊状況

	延日数	延件数	実人員
21.3	5,899	2,999	1,118
21.4	4,367	2,424	901
21.5	6,990	3,250	1,216
21.6	3,653	2,538	928
21.7	5,373	2,891	1,115
21.8	10,265	3,239	1,326
21.9	6,779	2,805	1,137
21.10	5,851	3,191	1,131
21.11	5,971	3,175	1,086
21.12	8,155	3,169	1,291
22.1	8,516	3,569	1,374
22.2	3,824	2,589	909
合 計	75,643	35,839	13,532
昨年の数	83,343	46,737	13,529

(10) 重度・重症児別入所児童数(平成22年3月1日現在)

区分	人 数
大島分類1～4	769
大島分類5～9	329
超重症児(スコア25点以上)	53
準超重症児(10～24点)	103

56施設実施

(11) 外来患者の被虐待児(平成21年3月～平成22年2月末)

区分	人 数
身体的虐待	54
ネグレスト	92
心理的虐待	42
性的虐待	1
その他	6
合 計	195

(12) 外来患者数調べ

①1週間の延外来数(特定の1週間)

区分	外来数	割合
小児(18歳未満)	14,468	73.8%
成人(18歳以上)	5,126	26.2%
合 計	19,594	100.0%

②外来患者における主病名(特定の1週間)

区分	小児	成人	区分	小児	成人
脳原性運動障害	5,349	2,371	ADHD、LD	585	
脊髄性運動障害	260	194	言語発達遅滞	850	
筋・神経疾患	300	118	視覚・聴覚障害	203	
骨系統疾患	109	27	その他の小児科疾患	148	
先天性奇形症候群、体表奇形	222	59	そ の 他	332	793
小児整形外科疾患	807		合 計	14,468	5,126
その他の整形外科疾患	98	1,060			
精神遅滞、知的障害	2,287	150	外来未実施施設	2	
てんかん	506	354	未調査	4	
自閉症	2,412		実施施設	53施設	

## D 調査結果の考察及び提言に向けて

本「障害児施設のあり方に関する調査」は、平成20年の『障害児支援の見直しに関する検討会』報告書を土台にその年の12月社会保障審議会障害者部会において検討されて廃案となったが障害児自立支援法の一部改正案のなかに児童福祉法改正案で示された障害児施設の見直し案を基本課題として進めてきた。しかし、この調査研究の途中の平成22年12月に廃案となっていた一部改正案が名称を「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」として国会に再々提案され可決された。そのため関係する児童福祉法が改正（以下、「改正法」と記す。）され、障害児支援体制の見直しが平成24年4月1日から障害児施設が福祉型と医療型に大別して一元化、入所施設の満20歳以上の在所延長規定の廃止、通所施設の実施主体の都道府県から市町村への移管等が実施されることとなった。本調査研究においては、法改正案を念頭に置きながら進めてきたが、それらが実際に施行されるまでの準備期間は1年余りしかないため、この障害児入所施設のあり方に関する調査結果等からこれらの課題について考察と提言を行う。

### 1. 障害児施設の制度及び社会的養護体制の整備に向けて

#### (1) 障害児入所施設への入所児童の現状

障害児入所施設への入所理由は（表21）、家庭の状況面では「親の養育能力や疾病・入院、障害、経済的理由によって養育が困難なため」が2,415人（38.3%）で最も多く、次いで「虐待・養育放棄、その恐れがあるため家庭分離が望ましい」が1,212人（19.2%）、「親の離婚・死別により家庭での養育が困難なため」が1,049人（16.6%）となっている。また、本人の状況面では「ADL・生活習慣が未自立なため訓練等支援が必要なため」が2,237人（35.4%）、次いで「行動上の問題から家庭で対応が困難となりその改善が必要なため」が1,787人（28.3%）となっている。この設問に対する回答は複数回答であるため実数の把握は難しいが、多くの場合、入所理由は一つだけではなく複数の事情が重なり合って家庭養育困難となる環境要因等から社会的養護を必要としている児童が少なくとも現場の施設の判断では70%以上いるという実態が明らかにされた。

さらに、虐待による入所状況（表22）をみると、身体的虐待・ネグレクト・心理的虐待・性的虐待・経済的虐待の延べ数が1,251人となっている。なお、この虐待件数は児童相談所が虐待認定したケース以外に、施設が児童票や面接を通じて入所後の経過を見て虐待と判断したケースを含んでいる。子どもの育ちの視点から見るとマルトリートメントを含め広義の不適切な養育により施設養護を要する事例が多数を占めている。

また、施設入所する児童の世帯状況をみると両親世帯が44.6%、母子世帯32.0%、父子世帯13.7%と死別・離婚等により家庭機能が崩壊して施設養護に至る事情が多く、その意味でも障害児入所施設は、重要な機能として社会的養護機能があり、そのニーズも多いということが分かる。

#### (2) 措置・契約の制度の見直し

平成18年10月の児童福祉法改正により障害児施設にのみ直接利用契約制度が導入されたことから措置か契約かの決定に対して都道府県・児童相談所における混乱がみられた。平成21年10月の社会福祉施設調査では表Cのとおり種別により措置率の相違が見られる。今回調査でも〔表6〕のとおり満18歳未満の児童における措置率は知的障害児施設56.4%、盲児施設80.0%、ろうあ児施設68.2%、肢体不自由児療護

施設61.8%となっている。この契約制度導入に関しては、日本知的障害者福祉協会児童施設分科会では知的障害児施設における支給決定について調査を継続して都道府県・児童相談所における判断の格差や契約制度導入に伴う障害児に対する相談機能の低下、児童相談所の関与の減少等の実態と課題提起をしてきた。その結果、平成21年11月17日付「措置、契約の運用について」障害福祉課長通知で適切な判断のガイドラインを改めて示した。しかし、その後も措置・契約の判断について児童相談所と施設と認識の相違が続いている。

障害者権利条約の批准に向けた障害者施策の見直しの一環として障害者基本法の改正、障がい者総合福祉法（仮称）の制定等に合わせて障害児福祉制度の見直しが行われることを提案する。

- 制度設計では、児童福祉法第2条や子どもの権利条約から見ると家庭での養育が困難となる事情は、社会的養護と判断し、公的責任により子どもを育成する制度とすることから契約は馴染まず措置とすることを原則とすべきである。
- 少なくとも平成18年法改正のように障害児関係施設だけに契約制度を導入したことは児童福祉施設としての整合性がなくなり、政策立案等の所管が違うことからそれぞれに進めたことにより混乱が深刻化した要因のひとつであり、児童福祉全体のあり方から制度設計すべきである。

また、障害児施設の入所実態は、児童福祉施設としての共通な課題があり障害児施設以外、特に情緒障害児短期治療施設、児童養護施設、また里親の委託においても障害児、なかでも知的障害を伴わない発達障害等が施設入所する障害児の比率が多くなっていることから障害児施策も児童一般施策との共通性からも措置・契約制度の在り方も含めて再検討が必要である。

表c 措置対象の状況 (厚生労働省：社会福祉施設調査・平成21年10月)

施設種別	施設数	在籍数	措置数	措置率
知的障害児施設	239	8,827	3,373	38.2
第2種自閉症児施設	3	110	6	5.4
盲児施設	10	120	91	75.8
ろうあ児施設	10	125	70	56.0
肢体不自由児療護施設	6	216	93	43.0
第1種自閉症児施設	4	92	25	27.1
肢体不自由児施設	56	2,381	449	18.8
重症心身障害児施設	118	11,229	547	4.8

### (3) 障害児の社会的養護体制への提案

社会保障審議会障害者部会報告書（平成20年12月）では「障害児の入所施設・住まいの在り方」について、

- 入所者の多様化等の状況を踏まえ、心理的ケアが行える専門的なスタッフの充実や、小規模な単位での支援ができるような施設の在り方、障害児の将来の自立を見据えた住まいの在り方について検討していくべきである。
- 地域との関わりを深めていくとともに、地域の実情に応じて、地域への支援や短期入所の実施など地域の中の専門機関としての役割を強化していくべきである。」

と述べられていることも踏まえ以下の提案を行う。

- ①家庭から離れて生活をせざるを得ない児童がなるべく家庭的な雰囲気の中で生活することによりQOLを高め、また、障害児の自立を支援するという観点から、建物形態を大舎制からユニット型または分

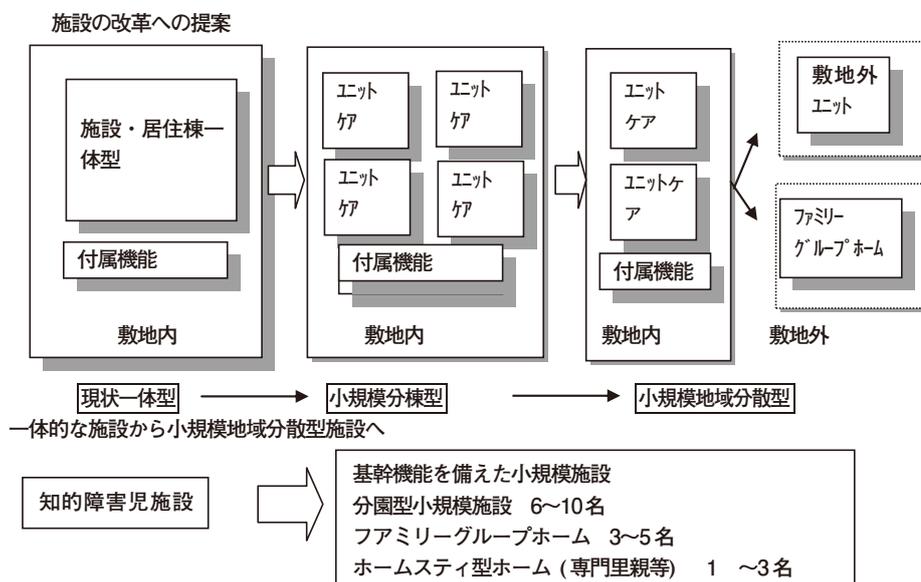
棟型（小舎制）に、居室形態は大部屋から個室または2人部屋に移行するなどの居住環境の質の向上を図るべきである。

即ち、『施設の小規模化と地域分散化、家庭的養護』を促進する。

- ②更に、すでに児童養護施設で制度化されている小規模グループケア（ユニットケア）、地域小規模児童養護施設（グループホーム）、小規模住居型児童養育事業（ファミリーホーム）、児童自立生活援助事業（自立援助ホーム）等の制度を障害児入所施設にも創設するとともに、里親委託を促進してより家庭的な環境の中で生活していけるような方策を講じる。
- ③社会的養護の必要な子どものうち相当数が被虐待児であることから、子どもの心理的ケアを行えるような臨床心理士等の専門的なスタッフの配置を行う。
- ④社会的養護による入所は、子どもの権利条約の規定及び他の児童福祉施設との整合性を図る観点からすべて措置とする。
- ⑤地域の中の専門機関としての役割を強化していくという観点から、地域で生活する障害児及びその家庭を支援する機能として、短期入所、日中一時支援、移動支援、居宅介護、行動援護、重度訪問介護等の在宅サービス事業を積極的に展開する。また、改正法で新たに法定化された「児童発達支援」「放課後等デイサービス」「保育所等訪問支援」「障害児相談支援事業」にも積極的に取り組む。また、里親のもとで育てられている障害児への支援機能として、里親への相談支援・助言、里子の一時預かり等の里親支援事業を創設する。

（4）施設のあり方に対する提案

施設で暮らす子どもの実態から見ると障害児施設を含めた児童福祉施設は最低基準を抜本の見直しが求められている。今後の法改正に合わせて設備等基準では1人当たりの面積6.6㎡、個室・2人部屋を基本とし、10名程度の生活単位を確保する小規模ケアを基本とする。それに伴い少なくとも児童2人に職員1名以上、及び看護師や心理職員等専門職種の配置を行う。障害児入所施設は、その役割として社会的養護の必要な児童に安全・安心な環境を提供を大前提とし、家庭を離れて生活をせざるを得ない子どもたちがなるべく家庭的な環境、雰囲気の中で生活することによりQOLを高めることを基本とする。従って、建物形態は大舎制からユニット型または分棟型（小舎制）に、居室形態は大部屋から個室または2人部屋にするなどの居住環境を整備する。「障害児入所施設は家庭的な養護を提供する構造に転換する」を前提に下記の図のような方向性を平成12年度から日本知的障害者福祉協会児童施設分科会では提言してきた。



## 2. 障害児施設の一元化について

### （1）福祉型施設の変遷と現状

障害児入所施設は、昭和23年児童福祉法制定時に精神薄弱児（知的障害児）施設と療育施設が児童福祉施設として位置付けられスタートしたが、その後、療育施設から盲ろうあ児施設（昭和24年）、肢体不自由児施設（昭和25年）が独立し、また、時代のニーズに応じて最低基準等において盲児施設、ろうあ児施設、肢体不自由児療護施設、第1種・第2種自閉症児施設の施設類型が枝分かれし、昭和42年には重症心身障害児施設が位置付けられ、現在8種類の施設となっている。

児童福祉施設としての障害児施設の整備は、知的障害児施設を中心に学校教育の就学猶予・免除による教育の代替機能のニーズ等を背景に施設数が増加してきた。しかし、在宅支援サービスの整備、重度障害に対する義務教育や寄宿舎の整備等により入所施設に対する利用ニーズが減少してきたことや後述する在所延長規定による対象児童の増加等により児童福祉施設を廃止して成人援護施設への転換が進んできた。昭和60年との比較〔表a-2〕をみると知的障害児施設が82施設減、在籍数で9,795人の減、盲・ろうあ児施設でも32施設、在籍数870人が減少している。在籍児童数の減少は、施設入所に対するニーズが減少したこと、特に家庭分離の要件を限定し真に必要な場合に限る、即ち社会的養護と判断した場合に入所措置を講じた事による。それに伴う施設数の減少は、障害児施設の広域化を招き、身近な地域の療育資源としての機能低下を招くなど新たな課題を抱えている。

最新の厚生労働省の社会福祉施設調査（平成21年10月1日現在）では、表aのとおり、福祉型障害児入所施設は、平成21年10月に268施設、定員数11,008人、在籍数9,398人、在籍率85.3%である。その9割が知的障害児施設となる。更に満18歳以上の者が知的障害児施設38%、肢体不自由児療護施設46.7%在籍していることから児童の必要数は5,000人程度で充足する計算となる。福祉型では知的障害児施設が約9割を占めることから施設の一元化や課題の整理に関する枠組みを検討する場合の中核になると考えるのが自然である。

一方、障害のない児童のための児童福祉施設である乳児院、児童養護施設や情緒障害短期治療施設等において法改正で対象とした発達障害を含めると相当数が在籍していることが報告されている。このことから障害児の支援は、児童福祉施設全体の課題としてその施策を検討すべきであると主張したい。

今般の「改正法」により障害種別毎の施設から障害児入所施設として福祉型と医療型に大別した一元的な施設種別となる。これらは平成20年の「障害児支援の見直しに関する検討会」において方向性として示されたが、通所施設とは異なり入所施設はハード面、ソフト面での制約があり、その実現に向けて課題があり、それらについて明らかにすることが本調査の目的のひとつでもある。法改正の施行に際して政省令で定めるとされるものが多く、平成24年4月に向けて障害児施設が混乱なく進めるために本調査結果からこれら政省令等の具体化に向けた提案を試みる。

表a-1 障害児施設の現況 (厚生労働省：社会福祉施設調査、平成21年10月)

	施設数	定員数	在籍数	在籍率
知的障害児施設	239	10,232	8,827	86.2
第2種自閉症児施設	3	130	110	84.6
盲児施設	10	193	120	62.1
ろうあ児施設	10	193	125	64.7
肢体不自由療護施設	6	260	216	83.0
第1種自閉症児施設	4	153	92	60.1
肢体不自由児施設	56	4,029	2,381	59.0
重症心身障害児施設	118	11,843	11,229	94.8

表a-2 施設数の推移

	施設数			在籍数		
	昭和60年	平成21年	増減	昭和60年	平成21年	増減
知的障害児施設	321	239	-82	18,622	8,827	-9,795
盲児施設	28	10	-18	649	120	-529
ろうあ児施設	24	10	-14	466	125	-341
肢体不自由療護施設	9	6	-3	267	216	-51

## (2) 施設の設備等の実態

施設の居住環境は、居住棟の築年数（表32）をみると老朽化改築が進んでいるが30年以上が70施設（38.4%）と最も多くなっている。居住棟の建物総数（表33）は182施設のうち102施設（56.0%）が1棟のいわゆる大舎制である。今回の調査では調査票の記入方法の説明が不十分であったため正確な実態を把握することができなかったが、少数ながらユニット型や分棟型（小舎制）を採用している施設がある。ユニット型の建物数（表34）が56棟、分棟型の建物数が47棟となっている。また、敷地外に居住の場を設けている施設が15施設32人いる。

居室の状況では（表36）、総居室数2,974室のうち、個室が865室（29.0%）、2人部屋が941室（31.6%）、3人部屋が271室（8.6%）、4人部屋が664室（22.3%）、5人部屋が101室（3.3%）、6～8人部屋が117室（3.9%）、11人以上の部屋が15室（0.5%）となっている。個室と2人部屋で全体の60.6%を占めてはいるものの、個室で生活する児童は865人で在籍児童の13.6%、2人部屋も1,882人で29.7%であり、半数以上の児童が3人部屋以上の大部屋で生活していることが分かる。これは現状の最低基準では、居室は1人あたりの居室面積が法施行時2.47㎡から平成10年に3.3㎡となったが、1室15名以下等改善されていないことから時代のニーズ・生活様式に基づく子ども一人ひとりの育ちを保障する観点からも早急な改善が必要である。

## (3) 最低基準の課題について

### ①設備等の基準

知的障害児施設等の設備等の基準は、児童福祉施設最低基準（昭和23年 厚生省令63）により第41条児童養護施設の基準を基本的に準用している。その基準は以下のとおりである。

- ・児童の居室、調理室、浴室及び便所を設けること
- ・児童の居室の1室の定員は、15人以内とする。その面積は、一人3.3㎡（平成10年改正）とする
- ・入所している児童の年齢等に応じ、男子と女子の居室を別にする
- ・便所は、男子用と女子用を別にする
- ・児童30人以上を入所させる場合は、医務室及び静養室を設けること

- ・入所している児童の年齢・適性等に応じ、職業指導に必要な設備を設けること
- 昭和39年 重度知的障害児入所棟の設備及び運営基準として、このほかに次を設けることが規定された。
- ・指導室、遊戯室、食堂（配膳室含む）、シャワー設備、汚物処理設備、洗面所、指導員室、屋外の遊び場、
  - ・児童の居室は、1階に設けるほか、1室の定員は、4人を標準とし、必要に応じ1人用居室及び2人用居室を設ける。

他の福祉型施設の基準は、

○盲児施設の設備基準

- (1)児童の居室、講堂、遊戯室、訓練室、職業指導に必要な設備、音楽に関する設備、調理室、浴室、便所、医務室、静養室を設ける。定員30名以上の場合は、医務室、静養室を設ける。
- (2)階段の傾斜等緩やかにするほか浴室及び便所の手すり、特殊表示等身体の機能の不自由を助ける設備を設けなければならない。
- (3)他の居室面積等は41条児童養護施設の基準を準用

○ろうあ児施設

盲児施設の「音楽に関する設備」が「映写に関する設備」に変更し、他は（2）を除き同じ

○肢体不自由児療護施設

児童の居室、医務室、静養室、訓練室、屋外訓練場、調理室、浴室、便所、を設ける。

平成18年の契約制度導入の法改正では、指定施設として人員・設備、運営に関する基準（省令第178号）により別に基準を設けたが設備等は最低基準とほぼ同じである。

このように障害の特性に伴う設備の設置が基準化されているが、居住環境面では、前述したように居室等は法施行時の1室15名以下、1人の居室面積が2.47㎡から3.3㎡に変更された以外は変わらず極めて時代遅れであるうえ、現状の施設の実態からかけ離れてもいることから改善が急務である。

児童養護施設等に関して平成22年末からタイガーマスク運動の関係から児童福祉施設の最低基準の見直しの検討会が平成23年1月設置され検討がスタートしている。しかし、これには障害関係者は参加していないが、知的障害児施設等の基準が児童養護施設を準用していることから改正が見込まれるが障害関係部局での積極的な検討を期待したい。障害児施設の一元化に向けて、障害特性に応じた設備等の基準の見直しを含めて抜本的な見直しをする絶好な機会とするべきであろう。

②職種・職員数等の基準

一方、人員の基準は、表bに示したが、特に保育士・児童指導員の人数は、週40時間労働が考慮されないまま知的障害児施設で児童4.3人、盲ろうあ児施設で児童5人に職員1人の比率が昭和51年から改善されていない。施設では重度加算等の各種加算により児童3.0人以下に1人の直接処遇職員を確保に努めている129施設70.8%、そのうち49施設26.9%が2人に1人の配置をしている。しかし、正規職員以外の常勤でも非正規職員雇用や低賃金等いわば職員の犠牲を強いる形での課題がある。この直接処遇職員の配置基準数の課題が生活支援の質の低下、小規模ケアを進める阻害要因になっていることから大幅な増員を図る必要がある。

また、入所施設における職種の配置では看護師等を永年基準配置化を要望してきた経緯があるが、平

成21年度から心理担当職員や看護師、定員41名以下の施設の栄養士（施設給付費のみ）等の加算措置が講じられた。栄養士の加算が給付費に限られ、措置費は児童養護施設等にも配置がないことに関係して措置費支弁に組み込めなかったのか理由は不明である。しかし、児童養護施設に配置のあるものが障害児施設に配置がないものがあり、総合的な見直しを提案したい。

これらの加算措置という不安定な措置を根拠として施設現場では、子ども達の生活支援の維持に向けた職員数の確保を図ってきた。24時間の支援体制は、生活時間帯をみると職員1人で4人の児童を対応とすると朝、夕の支援体制には1日2人必要となる。従って4対1は、実質8対1となり週40時間労働では、夜間勤務の回数も含めて労働基準法に抵触することが起きていることも実態である。

更には、措置を対象とする施設と契約による指定施設の人員に関して名称を含めて異なる現状についても見直しが必要である。平成24年4月の障害児施設の一元化に向けて人員配置についても抜本的な見直しを行うチャンスである。

表b 人員配置の状況

	知的障害児施設	2種自閉症児施設	盲児施設	ろうあ児施設	肢体不自由児療護施設
施設長	1人		1人。ただし、定員30人未満の場合は児童指導員の兼務とする。		
児童指導員 保育士	通じて定員4.3人に1人。但し、定員30名以下の施設については、この定数のほかに1人を加算する		通じて定員5人に1人。但し、定員35名以下の施設については、この定数のほかに1人を加算する		通じて定員3.5人に1人。
介助員	1人				
職業指導員	職業補導設備を有する施設にあつては、別に定めるところにより必要な人員を加算する。				—
栄養士	1人。ただし、定員41名以上の場合に限る ※施設給付費では定員40人以下も加算対象となる。				
調理員等	定員90人未満の場合は4人。以下同様に30人ごとに1人を加算 ※調理業務の外部委託の場合は、置かなくても良い				4人
事務員	定員150人未満の場合は1人。定員150人以上の場合は2人				1人
看護師	— 21年加算措置	通じて定員20人につき1人	— 21年加算措置	— 21年加算措置	定員50人につき3人
嘱託医	2人	2人	2人	1人	1人
医師	—	1人	—	—	—

(4) 一元化に向けた課題

障害児施設の一元化に関する調査結果は、現状で可能であると回答した施設は8施設4.3%に過ぎず、他は不安や困難であるとした。更に施設構造から何とか対応可能としたのは13施設7.1%にとどまり、他は一部ないし全面改築が必要と回答した。改修の内容では、浴室の改修71.9%、トイレの改修64.2%、居室の改修61.5%が多く、個室の増加、障害特性に応じた対応が可能な小規模ユニット等があげられた。現行の障害種別施設の最低基準をすべての種別が満たすには施設整備が必要となり、障害特性に応じた支援体制の整備を抜きに一元化は困難であるとの認識が多く示されている。一方、それぞれの種別施設では、重複障害に対する対応として知的障害児施設において肢体不自由に対する車椅子等の対応でのバリアフリー化の実践、盲・ろうあ児施設での知的障害の受け入れ体制の整備等について弾力的・柔軟な取り組みをしている。

また、障害特性に応じた職務技能等では、視覚障害に対する点字等、聴覚障害に対する手話・指文字等の意思伝達技能が可能な職員がいない等が課題となる。現行の種別における職種・配置数の基準が異なることから新たな基準の整備が必要となる。

更に、障害者自立支援法における職員配置であるサービス管理責任者に関して障害児入所施設においてどのような役割、研修体制等未検討の段階であるため十分な準備をして進める必要がある。特に、児童福祉施設においては職権保護の措置との関係もあり、児童相談所の自立支援計画や処遇総括方針等と施設が作成する個別支援計画との関係、ケアマネジメントのあり方等について十分な検討が必要となる。

従って、これらのことから当面の一元化に向けては、現行の障害種別の施設要件・特性を考慮しつつ、主たる障害に対応することを基本として重複障害等への対応を促進する施策を推進し、緩やかな一元化とし地域や施設の実情に応じて必要な条件整備を優先的に促進する。

### 3. 在所延長規定の廃止について

#### (1) 在所延長の現状

本調査における18歳以上の在所延長児童数（表5）は、総数1,970人で在所延長率31.1%であり、種別ごとにとみると、知的障害児施設が1,828人（在所延長率31.6%）、第二種自閉症児施設が28人（同36.3%）、盲児施設が14人（同10.8%）、ろうあ児施設が4人（同3.0%）、肢体不自由療護施設が96人（同44.2%）となっており、在所延長児童総数の92.8%を知的障害児施設入所者が占めている。しかしながら、調査回答率が70.8%であるため、在所延長児童の実数は更に多い。

平成21年度社会福祉施設等調査〔表d〕をみると知的障害児施設が3,363人、在所延長率38.1%、自閉症児施設（第一種・第二種とも）が64人、同31.7%、盲児施設が22人、同18.3%、ろうあ児施設が4人、同3.2%、肢体不自由児療護施設が101人、同46.8%で、在所延長の児童総数は3,554人、在所延長率37.4%となっており、在所延長児童総数の94.6%を知的障害児施設入所者が占めているという傾向は、今回の調査とほぼ同様の傾向を示している。

また、入所者の年齢別状況（表10）を見てみると、20～29歳が890人（14.2%）、30～39歳が498人（7.9%）、40歳以上が114人（1.8%）で、20歳以上の入所者が1,502人、在籍者に占める割合は24.0%で、20歳以上の入所者の92.4%（1,388人）が知的障害児施設入所者である。ただし、この結果も調査回答のあった施設のみのもので数字であるため、実数はさらに多くなる。なお、盲・ろうあ児施設は、満20歳以上の延長規定の対象外のため満20歳に向けて次の進路に向けて退所することになっている。

表d 在所延長児童数の状況

（厚生労働省：社会福祉施設調査、平成21年10月）

	施設数	在籍数	在籍率	満18歳以上	在所延長率
知的障害児施設	239	8,827	86.2	3,363	38.0
第2種自閉症児施設	3	110	84.6	48	43.6
盲児施設	10	120	62.1	22	18.3
ろうあ児施設	10	125	64.7	4	3.2
肢体不自由療護施設	6	216	83.0	101	46.7

#### (2) 在所延長問題の経過

満20歳以上の対策は児童福祉法制定以来の課題で、障害児施設から満20歳になると退所しなければならず知的障害者対策の遅れのため深刻な課題であった。その経過を振り返ると

○昭和33年に障害の重い児童の対策促進から国立秩父学園が設置され、それに際して年齢制限を設けなかった。

○知的障害者福祉法が昭和35年に施行され成人援護施設が法定施設として設置される。

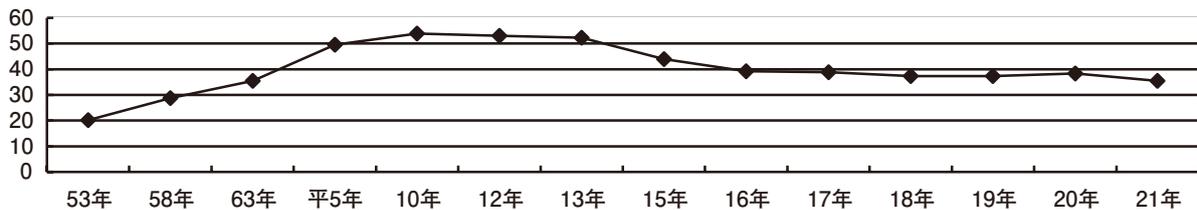
○昭和36年にその設置促進のため障害児施設に成人施設を併設する場合に一部の建物・設備を共用する

等の弾力化を図るなどの方策が講じられた。

○重度児対策として昭和39年重度棟設置、昭和42年に法第63条の2で満20歳以上の在所延長規定が導入された。

その結果、年々障害児施設において満18歳以上の児童の増加が深刻化して、在籍数の50%を超える事態を招き、その結果、民間施設を中心に児童施設から成人施設への転換が行われ、児童施設が減少してきたことは既に述べた。知的障害児施設では昭和53年352施設から21年239施設と113施設が減少している。また、平成11年には空き部屋等の有効活用策として児・者併設型施設の仕組み（知的障害児施設と盲・ろうあ児施設が対象）が導入された。

知的障害児施設の在所延長率の推移



○満18歳以上の在籍率の推移

53年	58年	63年	平5年	10年	12年	13年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年
20.2	28.8	35.5	49.5	53.9	53.0	52.3	44.0	39.2	38.9	37.4	37.4	38.3	35.5

○満18歳以上の在籍率（平成20年知的障害児施設実態調査）

率	施設数	都道府県数
50%～	63	9
40%～	16	7
30%～	26	12

※参考

「法第31条②」

「都道府県は、第27条第1項第3号の規定により里親に委託され、又は児童養護施設、知的障害児施設（国の設置する知的障害児施設を除く。）、盲ろうあ児施設、情緒障害短期治療施設若しくは児童自立支援施設に入所した児童については満20歳に達するまで、同号の規定により国の設置する知的障害児施設に入所した児童についてはその者が社会生活に順応することができるようになるまで、引き続き同号の規定による委託を継続し、又はその者をこれらの児童福祉施設に在所させる措置を採ることができる。」

「法63条の2」

「都道府県は、第31条第2項の規定にかかわらず、当分の間、第27条第1項第3号の規定により知的障害児施設（国の設置する知的障害児施設を除く。）に入所した児童であつてその障害の程度が重度であるものについて、引き続きて入所させておかなければその者の福祉が損なうおそれがあると認めるときは、満20歳に達した後においても、引き続きその者をその施設に在所させる措置を採ることができる。」

※ ②項で肢体不自由児施設に関する同様な規定

「法63条の3の2」

「都道府県は、第24条の2第1項、第24条の6第1項、第24条の7第1項又は第24条の20第1項の規定にかかわらず、当分の間、厚生労働省令で定める指定知的障害児施設等に入所等をした障害児（以下この項において「入所者」という。）について引き続き指定施設支援を受けなければその福祉が損なうおそれがあると認めるときは、当該入所者が満18歳に達した後においても、当該入所者からの申請により、当該入所者が社会生活に順応することができるようになるまで、厚生労働省令で定めるところにより、引き続き障害児施設給付費等を支給する事ができる。ただし、当該入所者が障害者自立支援法第5条第5項に規定する療養介護（以下「療養介護」という。）その他の支援を受けることができる場合は、この限りではない。」

### （3）在所延長の理由

前述したように福祉型障害児入所施設在籍者の約3分の1が18歳以上、約4分の1が20歳以上であり、その大部分は知的障害児施設に在籍している。そのような実態を招いた最も大きな理由は児童福祉法に在所期間の延長規定が設けられていることにある。即ち、児童福祉施設の利用は原則として満18歳までであるが、児童福祉法第31条では、重症心身障害児施設を除く入所型の児童福祉施設における満20歳までの延長、満20歳以上の措置の場合は第63条の2において「当分の間」重度障害児の延長規定、重症心身障害児施設は第63条の3、契約による入所は第63条の3の2により、満18歳以降の支給決定を行うことが可能とされ事実上の無期限の延長規定が根拠となっている。

この延長規定により年齢超過者が増加してきたが、調査結果をみると満18歳以上の入所者が在籍している理由（表51）では、「障害者入所施設への入所を希望しているが満床等により待機」が988人（50.1%）と最も多く、次いで「保護者が成人施設への移行に消極的であったり、手続きが進まないため入所待機している」が528人（26.8%）となっている。なかには障害の状況等により成人施設での受け入れを拒否された254人（12.8%）がいる。更に、過去5年間（平成17～21年度）の退所者の進路先を見てみると（表25）、障害者入所施設が1,929人（44.0%）と最も多く、次いで家庭が1,536人（35.1%）、グループホーム・ケアホームが501人（11.4%）となっている。これらの結果から推測されることは、第63条の2の規定が重度障害児に限られていることから、福祉型障害児入所施設の在所延長児童の大部分は知的障害児施設に入所している重度障害者であり、進路先としては障害者入所施設の希望が多いが、十分な定員枠が確保されておらず在所延長をしながら児童施設で待機している現状にある。国は入所施設の整備は真に必要な場合に限るとし、必要なベット数は充足されている時代に障害児入所施設の在所延長者は忘れられた・見捨てられた存在と言えるではないか。

一方で、施設側の要因を見てみると、在所延長規定が廃止された場合の入所定員の維持については（表50）、「定員維持が可能であったとした」回答が26.9%であったのに対して、「満20歳以上の者がゼロになった場合、現在の定員維持は困難である」とした回答が35.7%にのぼり、「なんともいえない」という立場を明確にしない回答も26.3%あった。さらに、在所延長児童に対する対策では（表52）、「グループホーム等を設置して退所を促進してきた、または今後予定している」が47施設（25.8%）、「児童施設定員を削減し、成人定員の増員等一部児・者転換した」が41施設（22.5%）ある一方で、「特に何もしていない」が67施設（36.8%）であった。また、在籍者に占める在所延長者の割合を見てみると（表47-2）、在所延長者0%が32施設（17.6%）、20%未満が40施設（22.0%）であるのに対して、在所延長者100%（つまり18歳未満の児童が一人もいない施設）の4施設をはじめとして、60%以上が30施設（16.4%）であった。これらの結果から、入所者の年齢に相応しい生活の場を確保することに努力している施設がある半面、定員を維持するためにあえて年齢超過者への対策を講じていない施設が少なからずあることが推測される。

### （4）法改正と在所延長対策の課題

今回の改正法では平成24年4月以降、障害児施設に入所している18歳以上の者については障害者自立支援法で対応することとなり、契約入所の障害児施設給付費の支給期間は満20歳まで（第24条の24）、第63条の2及び第63条の3の2の無期限延長規定が削除され、法施行日以降の在所延長はできなくなった。但し、現に入所している者が退所させられることのないようにする措置として、改正法施行日前に障害児施設に入所している者が改正法の施行により障害福祉サービスを適切に利用できるような指定障害者福祉サービス及び指定障害者支援施設の基準の設定等に当たって適切な配慮を行ったうえで（改正法附則3条）、現に利用している児童福祉サービスに相当する障害者自立支援法のサービスに係る支給決定を

行うとされる経過的な措置が設けられている。改正法における在所期間延長規定の削除及びそれに伴う経過措置は、平成20年12月に報告された社会保障審議会障害者部会の「障害者自立支援法施行後3年の見直しについて」の「Ⅲ障害児支援」に記載されている内容に基づくものである。

障害児施設に入所している18歳以上の入所者は、本来障害者福祉サービスを利用できる権利主体であるにも拘らず、児童福祉法の延長規定によりその権利を十分に行使し得る環境になかったことを考えると、法改正の趣旨は十分に理解できるものである。しかしながら、今回の調査結果により、全国の福祉型障害児入所施設に在籍している3,000～4,000人の在所延長者の問題を具体的に解決していくためには次のような課題があると考えられる。

- ①現に入所している18歳以上の者が退所させられないようにする措置は、法施行日以降の混乱を招かないためのあくまで、経過的・限定的な措置であること。すなわち、一定の経過措置期間後の目指すべき姿を明確に描いていく必要がある。そのビジョンを示すことができなければ、「経過措置」がいつの間にか「恒久措置」となり、問題のある現在の姿を「温存」することになりかねない。本人の年齢にふさわしい生活の場を確保していく具体的な方策を示していかなければならない。また、24年4月以降に新たに入所する児童との対応に格差が出るような基盤整備を急ぐ必要がある。
- ②改正法では、18歳以上は障害者自立支援法で対応するとされ、必然的に援護の実施者も都道府県から市町村に移ることになる。しかしながら、障害児入所施設の入所の形態には措置と契約の二制度があり、措置・契約の決定状況（表6）によると、措置入所が2,760人（43.6%）、契約入所が3,571人（56.4%）であり、18歳以上では、措置入所が311人（15.4%）、契約入所が1,709人（84.6%）となっている。改正法の施行により、満20歳になった時点で都道府県から市町村に移管され措置が継続されるのか、あるいは契約に切り替わるのか課題となる。また、現在18歳未満の措置による入所者が18歳または20歳になった時点でも同様の問題が起こる。障害児入所施設に契約制度が導入された際に、その判断をめぐって都道府県間に大きな格差が生じるなどの混乱が起こったが、今回の法改正ではそのような混乱が起こらないような準備と手続き、地方自治体への十分な説明が必要である。
- ③平成24年4月以降、市町村が障害者自立支援法に基づく支給決定する場合、障害程度区分、報酬等をどのように設定するのが課題となる。
- ④従来から障害児の対策について法63条の5（法改正で63条の4）で満15歳以降の対応について都道府県から市町村に通知され、市町村がケースワーク等必要な措置を講じなければならないがその事が有効な手立てになっていなかったため市町村の関与、ケアマネジメント機能等を義務付ける必要がある。

#### （5）在所延長者の課題解決のための具体的提案

満18歳または20歳以上の障害児施設入所者が障害者施策にスムーズに移行するための以下のとおり具体的な提案を行う。

- ①今後策定が計画されている都道府県及び市町村の第三次障害福祉計画に「障害児施設に入所している20歳以上の入所者の障害者福祉サービスへの移行計画」を盛り込むことを義務付け、行政・施設・利用者（家族）が一体となってこの問題の解決に取り組む環境を整えることが必要である。

## 主旨

全国に4,000人近くいる在所延長者の問題を個別の施設の努力だけで解決することは不可能である。この問題を根本的に解決していくためには、障害児入所施設の援護の実施者である都道府県と改正法により18歳以上の援護の実施者になる市町村に対してその責任を明確にする必要がある。同じく改正法で法定化された自立支援協議会を機能させ、在所延長者の進路について個別支援会議を開き具体的に問題解決を図るなどの方法も有効であると思われる。そのためにも、地方自治体の障害福祉計画に上記の移行計画を盛り込むことが大前提になると思われる。

- ②在所延長者の障害者福祉サービスへの移行を図ると同時に、各都道府県における障害児施設定員の適正化を図ることも重要である。

## 主旨

今回の調査では必ずしも明らかにはならなかったが、障害児施設における在所延長者の割合や定員数、充足率等は各都道府県においてばらつきがあることが日本知的障害者福祉協会の実態調査等で指摘されている。上記①において、都道府県単位の移行計画の策定を提案したのは地方自治体レベルで実情が異なることが想定されるためである。都道府県レベルで在所延長者の移行計画のための実情把握を行う場合、あわせて現状における障害児入所施設の定員規模が適正かどうかを精査する必要がある。各都道府県における障害児施設の定員数、年齢別在籍数、今後の入所見込み数、障害者福祉サービスの供給量等を調査し、在所延長者の障害者福祉サービスへのスムーズな移行を図ると同時に、地域の実情に応じて障害児施設が障害者施設へ転換することや、逆に障害児入所施設を新たに創設することなどにより、障害児入所施設の定員の適正化を図る必要がある。

- ③福祉型障害児入所施設が障害者支援施設に一部または全面的に転換する必要がある場合は、増改築等の費用について施設整備費補助金の助成を受けることができるような配慮が必要である。

## 主旨

居住棟の築年数（表32）では、築30年以上が70施設（38.4%）で最も多く、また、日本知的障害者福祉協会の実態調査においても障害児施設はその歴史的経緯等から設立年代が古く改修工事等の進んでいない施設が多いことが指摘されており、障害者支援施設等への事業転換を行う場合は入所者の安全確保や生活の質の向上の観点からも施設整備費補助金の助成が必要である。

- ④満18歳以上の措置入所者に対する対応については、都道府県及び市町村レベルで混乱が生じないように国として統一した見解を示すべきである。

## 主旨

障害児施設の入所に当たり、措置が適当と判断されたということは虐待等の権利侵害その他の要保護状況にあることを示していると考えられることから、その状況が改善されたことが確認されなければ18歳以上になろうとも措置の継続を行なうことが適切な判断であると思われる。18歳または20歳の時点で都道府県から市町村に移管されることにより措置から契約に変更される場合は、成年後見制度の活用等により本人の権利擁護を保障した上で変更されることが必須条件になると思われる。

- ⑤満18歳から満20歳までの障害のある児童の自立支援に向けては、基礎年金受給までの間の生活費等の所得保障が課題となり、その対策を講じるべきである。

#### 4. 地域を支える機能の充実

障害児入所施設の対象児童は、学齢期が中心となる。今回の法改正において放課後等デイサービスとして通所支援の事業として位置づけられた。学齢期の児童の日中活動に対しては、放課後や学校休業に親のレスパイト等の理由が必要とされてきた。このニーズに対して短期入所事業を実施する入所施設が短期入所の日中預かりとしての日中一時支援事業がそのニーズを担っていた。障害者自立支援法の事業として児童デイサービス等において学齢期の児童の利用を継続するために経過的に学齢期の受け入れ認めたことから、障害児支援の見直しの検討等においてその必要性が確認され正式に事業として認められた。

今回調査での障害児施設の事業の実施は、短期入所事業136施設86.8%、日中一時事業は、117施設73.6%と多くの施設が実施しているが、児童デイサービスの実施はⅠ型9施設6.0%、Ⅱ型15施設9.3%に過ぎない。

また、障害児等療育支援事業を実施して外来・訪問相談等を実施しているのも33施設18.6%で、保育所等訪問支援は28施設が実施しているのに止まる。その意味では障害児を専門に対応する機関としての障害児施設の地域貢献度はきわめて低いと数の上から言える。しかし事業の実践している施設からの報告や施設入所する理由等から学齢期のニーズが捉えられる。

家庭養育が困難となる状況は、養育疲労、燃え尽き等が子育ての年数も重なり子どもの思春期等にひとつのピークを迎える。子どもの体力が親を上回り、些細なことでも負担感が増し、親のストレスや疾患等により課題が大きくなる。これらの幼児期から青年期にかけ、就学の12年間の支援体制の整備が課題となっている。これまで述べたように障害児施設は在所延長等の対策から成人施設に転換してきたことから身近な地域に障害児を専門とする施設が少なくなっている。従って、障害者支援の施設を含めて地域支援の体制の整備が急がれているのが現実である。その意味でも今回の放課後型デイサービスは、学齢期12年の支援にとって重要な役割を担うことになる。この放課後型デイサービスの事業所が小規模であっても身近な地域に配置され、障害児入所施設も積極的に事業所を設置し、宿泊の短期入所等も含め地域での支援のネットワークの構築の要として機能しなければならない。

更に、障害児支援の体制は、児童期は子どもにとって教育が基本であり、個別の教育支援計画と障害児施策での個別支援計画を融合し、教育、医療、労働、福祉が重層的なネットワークのなかでライフステージの切れ目のない支援体制を構築することを提案する。

#### 5. 施設の運営に関する課題

法改正に基づく施設の運営課題は、障害種別毎の職種・人員配置数になっているため一元化に向けては主たる障害種別として現行の施設種別の基準を基本として弾力的な対応とする。それぞれを基本ベースとして重複障害等加算や専門職種等の雇用等による加算方式等を考慮する。障害児入所施設の運営費の単価は、措置費と施設給付費との違い、また利用者負担に対する方式の違いが複雑に絡んでいる。これまで障害者自立支援法の課題に障害児施設も翻弄されてきたが、児童施設としての特性に応じた構造転換を図る必要がある。

現行の施設類型は、措置に対する従来の施設と契約利用に対する指定施設との二本立てになっている

が、平成24年4月までに以下の点についても課題整理が必要である。

(1) 最低基準等の課題

- ・人員・設備基準においても児童福祉施設最低基準（厚令63）と指定施設の人員、設備及び運営に関する基準（厚生労働省令第178号）となっているが、24年4月からは施設類型が一元化されているため法第24条と法第27条による措置・支給決定の違いを表記することで済むのか。
- ・措置と契約の違いのひとつに措置による児童福祉施設での事故等に関して国家賠償責任としての仕事と契約による当事者責任の仕事について同一の施設で、職員等によるものに関してどのように区分するのか

これまで触れてきたように最低基準は、抜本的な見直しの時期にあり

- 居室面積3.3㎡から6.6㎡程度へ
- 居室は1室4名を上限とし、個室、2人部屋を増やす
- 家庭規模の生活の場への促進 施設の小規模・地域分散化、小規模施設の設置
- 児童指導員・保育士は児童2名に1名の配置を基本とする
- 全施設に栄養士及び心理担当職員、看護師の配置
- サービス管理責任者に関する要件等について検討して経過措置を講じる等について提案する。

(2) 運営費にかかる課題

- ・措置・契約の制度上の課題となる運営費の見直しを図る。
- 措置費と施設給付費の一元化
  - 施設給付費の日額制の廃止、外泊・入院の減算措置の廃止、特に入院の場合の施設職員での対応する際は通常の扱い
- 支弁方式の一元化 月額（定員に応じた月額）

(3) 利用者負担の課題

- ・利用者負担等の枠組みの見直しとその変更の弾力化
  - 利用者負担方式の一元化
  - 措置・契約利用での負担格差の解消
    - 応能負担を基本として 収入に応じたきめ細かな負担へ
    - 生活費等の負担軽減
    - 公費負担の医療費制度の適用
    - 就学奨励費の申請方式の改善
- ・契約利用の場合は家庭で子育てするうえで必要な経費は利用者が負担するという考えで額が設定されるのなら特別児童扶養手当の支給停止は解除するのが筋である。

(4) 運営に関する課題

- ・利用者負担の滞納・未収の課題
  - 障害者自立支援法の大人のサービスは、障害基礎年金の範囲で手元に一定額が残るように負担額が設定され、年金の事業所が預かり管理することから大きな問題とならなかった。障害児においては、保護者扶養となるためその軽減措置が講じられても負担感等により利用負担金の滞納・未収が生じてい

る。21年10月調査では20年度末決算において97施設で1,621人、84,510,000円を計上し、そのうち前年度分24,182,000円が未収のままになっている。児童福祉施設の運営において利用料の直接徴収方式は、施設と保護者との関係を悪化させ、児童と親の関係にも影響を及ぼしている。

- ・措置利用の場合は、行政による職権保護の児童福祉施設としての施設長の親権代行、就学義務、身上監護、懲戒等に関する事項と契約利用の法的問題等を整理して安定した施設の運営が必要となる。

**【参考文献・資料】**

障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究報告書	19年3月	財団法人こども未来財団
全国知的障害児・者施設実態調査報告書	最新版平成20年度	日本知的障害者福祉協会
精神薄弱児施設のあり方に関する研究報告書	平成10年	日本知的障害者福祉協会児童施設分科会
新しい時代に向って - 知的障害児施設の再構築への提言	平成12年	日本知的障害者福祉協会児童施設分科会
子どもの施設としての知的障害児施設の検証と提言	平成15年	日本知的障害者福祉協会児童施設分科会
児童福祉法改正施行緊急調査最終報告書	平成19年5月	日本知的障害者福祉協会児童施設分科会
支給決定の実態調査報告	平成20年3月	日本知的障害者福祉協会児童施設分科会
平成19年度・20年度・21年度知的障害児施設緊急調査報告書		日本知的障害者福祉協会児童施設分科会

### **Ⅲ 障害児通園施設の部**

## まえがき

障害児通園施設は、就学猶予・免除された障害児の通う場所の確保のために創設された。まず、知的障害児通園施設（以下「知的通園」とする）が1957（昭和32）年、続いて、1969（昭和44）年に肢体不自由児通園施設（以下「肢体通園」）、1975（昭和55）年に難聴幼児通園施設（以下「難聴通園」）が創設されて、現在の通園療育体制が整った。そして、1979（昭和54）年の「養護学校義務制（学校教育法第22条第1項、39条第1項、74条、1979年4月1日施行）」に伴って、就学前（5歳児まで）の乳幼児を支援対象に加えて現在に至っている。

一方児童デイサービス事業は、心身障害児通園事業を前身として、「児童福祉法に基づく精神薄弱児通園施設または肢体不自由児通園施設を利用することが困難な地域に、市町村が通園の場を設けて心身に障害のある児童に対し通園の方法により指導を行い、地域社会が一体となってその育成を助長する（1972年8月23日児発第545号児童家庭局長通知）」という目的で設置され現在に至っている。実施主体は市町村であり、対象は、「精神薄弱、肢体不自由、盲、ろうあ等の障害を有し、通園による指導になじむ幼児」とされた。2003（平成15）年度の支援費制度で居宅生活支援に位置づけられ、2006（平成18）年度には障害者自立支援法における介護給付対象に移行することになった。現在、就学前の子どもを中心に受け入れるⅠ型と、学齢期の児童を受け入れるⅡ型に分けられている。

このような経緯でそれぞれの専門性を培いつつ障害のある子どもの発達支援を担ってきた4つの障害児通園施設と事業であるが、1996（平成8）年3月に児童福祉審議会は、「障害児の通園施設の在り方について」として「機能統合＝一本化」の方向性を意見具申している。同意見具申では、「現在の障害種別に分けられた通園施設体系は専門性の高い指導を提供するという点では大きな意義があったが、一方で障害種別が違えば身近なところで療育が受けられない弊害がある」「重複する障害児等に対する処遇体制が十分整備されていない」「心身障害児通園事業（児童デイサービス事業）や重症心身障害児通園モデル事業などの役割分担が明確でなく通園施設のもつ専門的な療育機能が地域療育の質の向上に活かされていない」と述べられ、「障害児通園施設の統合が必要」と結ばれている。

その後、4通園施設（事業）の機能統合について、国レベルでの協議は進んでこなかったが、障害者自立支援法施行にあたって、障害児施設は「3年後の見直し」の対象となり、再び国レベルで協議されることになり、2008（平成20）年3月から7月まで11回にわたって「障害児支援の見直しに関する検討会」が開催され、「障害児施設の一元化」の方向性が示され「社会保障審議会障害者部会」でも追認されて現在に至っている。

障害児通園施設や児童デイサービスの対象の多くは、家庭を基盤とした在宅生活を営む子どもである。宮田は、平成20年度障害者保健福祉推進事業「地域における障害児の重層的支援システムの構築と障害児通園施設のあり方に関する研究」において、対象とする子どもに関して、「知的障害」「自閉症」「脳性麻痺」「聾、難聴」「盲、視覚障害」「種々の末梢神経・筋疾患、骨系統疾患、奇形症候群」「染色体異常症」「感染症や事故の後遺症」などの疾患に基づく「一般の子どもに比べて明らかに発達上の遅れや異常が認められる子ども」だけでなく、「育児への支援や、なんらかの生育環境の調整がなければ、将来の社会生活を妨げるさまざまな問題を将来もつことが予測される子ども」も含めることを提起している。さらに、「障害の軽減・改善」という医学モデルの支援にとどまらず、地域・家庭での育ちや暮らしを支援する生活モデルの支援を重要な視点としてもつ「発達支援」の概念を提唱している。

実際に通園対象児への支援は、単に運動機能や検査上に表される知的能力の向上にとどまらず、「育つ上での自信や意欲」、そして「（発語だけに限定されない）コミュニケーション能力の向上」や「将来的

な地域生活を念頭に入れた生活技術の向上」「自己決定、自己選択の能力向上」などをも考慮し、かつ家庭や保育所・幼稚園・学校などの地域での育ちをも射程に入れることが必要である。また、障害のある・なしに関わらず、乳幼児期は発達が質、量とも著しく変化する時期であるため、将来の自立に向けた支援が適時的かつ継続的に提供される必要があり、障害児を育てる親・家族に対しても精神的な支援や制度利用援助などのトータルな支援を提供する必要がある。そのため、障害児通園施設には、幅広い相談支援や福祉・医療情報提供のための支援を早い段階から効果的に提供することが求められる。

このように、成人期の障害者への福祉制度にはない特殊性をもつ乳幼児期の障害児支援とその主たる提供機関としての障害児通園施設は、子ども・子育て支援対策にもつながる重要な施策として位置付けられなければならない。

本報告は、障害児通園施設の一元化に向けて、障害児通園施設と児童デイサービス事業の現状と課題を述べ、平成24年度に改正される通所支援のあるべき姿を提言する。

## 第1章 通園関係施設の現状と課題

### 1. 知的障害児通園施設

知的障害児通園施設（当時の名称は、精神薄弱児通園施設）が児童福祉法に位置づけられたのは、1957（昭和32）年である。当初、養護学校（現在の特別支援学校）の未整備による就学猶予・免除者に対する教育保障の観点から、通園の対象は満6歳以上で18歳までと年齢制限が設けられていた上、家庭から通園可能な中程度の知的障害児童（当時の表現では痴愚級）ということとなった。また、1979（昭和54）年4月から実施された「養護学校義務化」や保育所や幼稚園の「障害児保育」が進む中、1974（昭和49）年通園施設の対象に関するいわゆる3原則（満6歳以上、痴愚級、就学の猶予・免除）の内、満6歳以上と就学の猶予・免除の項目が撤廃された。これによって、通園施設は乳幼児の通園が主業務となり、就学前の療育機関として機能整備が進んだ。しかし、通園エリア内に一定の定員確保が困難な人口の少ない市町村での対応が遅れたため、1972（昭和47）年から心身障害児通園事業（小規模通園事業、1998年以降障害児デイサービス事業に改称）が補助事業として開始された。

このような状況の中、通園施設に通いにくい家庭や育てづらい子ども達への支援策として、独自に行っていた巡回相談や家庭訪問、外来相談等が施設のオープン化事業の一環として心身障害児（者）施設地域療育事業（1979年）として制度化され、施設の枠を越えた在宅支援が行われることとなった。

療育形態としては、単独通園だけでなく母子通園や隔日通園などが柔軟に取り入れられるようになり、1998（平成10）年からは、保育所等に通いながらの「併行通園」や他障害種別利用が可能となる「相互利用」が制度化された。また、近年多くの対象児の障害が重度化・重複化するとともに、高機能広汎性発達障害、アスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害、学習障害、軽度精神遅滞などの発達障害が増加し、支援の対象となる障害が広がった。加えて、集団に馴染みにくい子どもや社会性や行動面で気になる子どもに至るまで発達支援のニーズが高まっている。

そして、2006（平成18）年10月より、児童施設にも障害者自立支援法と同様の、①利用契約制 ②日額報酬制 ③利用料負担（1割負担と食費負担）が導入され、各種の課題を抱えながら今日に至っている。

#### （1）早期発見・早期療育から早期支援へ

障害に対する早期発見・早期療育については、母子保健法（1965年）による妊産婦健康診査、乳幼児健康診査、1歳6ヶ月健康診査、3歳児健康診査等の保健医療サービスが整備され、ハイリスクベビーに対する母子指導や療育体制の整備が進んできた。しかし、健診に携わる人材については、市町村によって格差がある。加えて、医師と保健師が主体であり、専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士等）からの療育に向けた指導の不足が指摘されている。また、周産期医療の著しい進歩は、救命率の向上をもたらしたが障害を残すリスクも高くしており、出生率が低下している割には障害児の数は減少していないと言われている。また、診断技術等の進歩により障害分類も多岐にわたり、高機能広汎性発達障害、アスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害、学習障害、軽度精神遅滞など、従来は症状として捉えられていたものが障害診断分類として位置づけられるなど診断技術が進歩した。そしてこれらの多様化した障害に対応する早期支援が求められるようになった。

#### （2）通園施設のこれまでの役割

通園施設の特徴は、措置施設（2006年10月の利用契約制度導入前まで）でありながら通過施設という立場を有することにあった。通園期間のうちに、どのような発達支援が出来るか、保護者の要望に沿い

つつどのように家族を支えることが出来るか、が課題となる。そして、どのように地域で育て地域生活を楽しく過ごせるかについては、日々通園させることによって子どもの変化を毎日感じることによって適切な判断が可能になると言われてきた。

#### ①家族とともに生活支援を行う

保護者とともに、視覚的にも空間的にも見通しのとれる施設で、安心して楽しく過ごせることで、子どもの情緒や行動は安定してくる。保護者は職員への相談を通して、普段の悩みや不安の解消の場として施設を利用することが出来る。そして何より、障害のある子どもを育てる親同士が互いの悩みを語り合い、育児の工夫等を情報交換する場となることは非常に有益である。

子どもは、クラス療育の中で、大人（援助者）と関わることでの安心感やおもちゃと遊ぶことの楽しさを体感し、また、他の子どもとの関わりを楽しむなど、非常に楽しい集団を保障する場として施設は機能する。また、「独り」を楽しむ子には、常に見守られているという安心感のある環境での活動ができる場として機能している。一方、個別療育においては、親がさまざまな課題に挑戦する我が子の様子を見ることによって、日々の成長を改めて確認することが可能である。通園施設は、他の保護者や援助者を支えに、親が子どもの成長の喜びを共に喜べる場として存在している。

#### ②施設機能を地域へ

前述した心身障害児者施設地域療育事業（1979年）の外来療育相談事業や巡回療育相談事業の活用により、施設は措置された児童にとどまらず、措置児以外の児童を対象にした様々な事業を実施し、施設の持つ専門的機能を地域に持ち出し、地域における発達支援センターとしての役割を果たしてきた。この事業の内容としては、「療育相談・発達診断等」、「園内での外来療育グループの開設等」、「保育所・幼稚園への指導援助」、「地域療育グループ等への指導援助」、「在宅児訪問指導等」、「肢体不自由児等の訓練事業」などがある。1996（平成8）年から始まった障害児（者）地域療育等支援事業の実施に伴い、これまで巡回相談や外来療育に施設機能を発揮してきた施設が、より密度の濃い療育内容と広範囲な活動ができるようになり、さまざまな要望に細やかに対応できるようになった。更に、保育所などでの指導が行き届くことで保育所などからも信頼が寄せられ需要も多くなり、地域での活動も広がって、子ども達の成長を目の当たりにできるようになっている。また、利用施設がなかった地域でも、積極的に地域に出かける姿勢の療育活動（出前療育・デリバリー療育）は大変喜ばれ、その効果と共にやり甲斐を感じる事業となっている。このように施設が多様な機能を発揮することによって、通園施設が地域になくってはならない社会福祉資源となり、早期における発達支援と育児支援の中心的な役割を担ってきた。

#### ③療育効果と説明責任

知的障害児通園施設は、そもそも保育という立場を基盤にして、子どもの養育や保育の保障のための活動を保障する目的から始まっている。しかし、昭和40年代終わり頃から、児童の対象施設から早期発見・早期療育の必要性や重要性が唱えられるようになった。その後、養護学校義務制（全員就学）に伴って、養護性だけを求める施設では、保護者や社会からの求めに対応することが困難になった。そこで、昭和50年代の半ば過ぎから、療育という専門保育分野が考えられはじめ、早期療育の必要性のかけ声と共に、専門療育が通園施設の新しい役割となった。1990（平成2）年から全国8カ所で実施された「心身障害児通園施設機能充実モデル事業」の実績等により、低年齢児や未歩行児・重複障害児の処遇に理学療法士や作業療法士・言語聴覚士などのパラメディカルスタッフが、施設にはなくてはならない存在となって現在に至っている。この専門職の確保により、総合専門職としての保育士とパラメディカルの指導員

とが協働の療育効果を上げると共に、子どもについての成長・発達に関しての客観的な説明が出来たり、共に成長を喜べるような関係が構築されている。

### (3) 設置基準及び職員配置

知的通園施設は、他の通園施設と比べて唯一具体的な数値基準が明記しており、指導室（1人2.47㎡で10名程度）、遊戯室（1人1.65㎡）、屋外遊戯場、医務室、静養室、相談室、調理室、浴室・シャワー室、便所となっている。職員配置は、幼児4人に対して職員1人で、職員資格は保育士及び児童指導員（大学卒で心理学、教育学、社会学、あるいは教員免許取得した者など）とされているが、看護師、PT、OT、ST、心理職などの職種は定数化されていない。しかし、1990年度（平成2年度）に「心身障害児通園施設機能充実モデル事業」を創設し、PTないしOTを配置する（1モデル施設に1人）施策が行われた。この事業は全国9施設が指定されたが、「障害者プラン」施行後の1998年（平成10年）には全てのモデル事業は廃止された。しかし、施設における専門職種による療育支援は保護者の要望としては非常に高いものがある。そのため、近年民間施設にはOT、PT、STの配置をする施設が多くなっている。（財）こども未来財団が実施した「障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究（2007年3月）」によれば、知的障害児通園施設の職員配置状況は、平均定員37.6人に対して職員数（常勤換算）は19.35人、施設長や事務員などの間接職員を除くと直接処遇職員14.08人、うち保育士・指導員などは12.12人（有効回収率76.3%）となり、在籍児に対する職員数は、2.98：1（直接処遇職員のみでは2.67：1、保育士、児童指導員などは3.1：1）である。

### (4) 年次別施設状況

(各年10月1日現在)

	平成 16 年	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年
施設数(カ所)	252	256	254	257	258
定員数(人)	9,220	9,404	9,349	9,465	9,502
実員数(人)	8,829	9,089	8,981	9,830	10,343
常勤換算 従事者数(人)	4,534	4,629	4,417	4,592	4,654

(平成21年度社会福祉施設等調査報告)

## 2. 肢体不自由児通園施設

肢体不自由児通園施設（以下「肢体通園」）は、障害児通園施設の中で唯一、診療所を設置している特徴をもつ。「在宅」「通園」での療育の提供を目的として1963（昭和38）年に児童福祉法43条の3に定める肢体不自由児（入所）施設の通園部として設置され、1969（昭和44）年には入所施設から分離して通園施設として制度化されて現在に至っている。肢体不自由児施設の全国で122ヶ所（肢体不自由児施設通園部を含む）であり、その半数近くが近畿、関東の大都市圏に集中している。

### (1) 設置基準および職員配置基準と運営費

その設置基準はいまだなお入所施設の通園部の位置づけのままであり、診療所の設置（医師および看護師と診療室の基準）、機能訓練（理学療法および作業療法等を担当する職員の配置と訓練室の設置）、保育（1名以上の保育士もしくは児童指導員の配置と保育室の設置）程度であり、職員配置人数も事務

費単価も保障されているものではない。(財)こども未来財団が実施した「障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究(2007年3月)」に基づく各障害児通園施設の職員配置状況は、平均定員35.7人に対して職員数(常勤換算)は22.24人、施設長や事務員などの間接処遇職員を除くと直接処遇職員16.84人、うち保育士・指導員などは7.42人(有効回収率84.7%)で入園児に対する職員数は1.6:1(直接処遇のみでは2.1:1、保育職のみでは4.8:1)である。これは、医療支援を必要とする肢体不自由児を中心とした子どもたちの保育、診療、リハビリテーションのニーズに基づいて多様な専門職種の配置が必要となっている状況を示すものである。

運営費においては、事務費は勘案されておらず、事業費相当分の単価と診療報酬で運営する形態となっているため経営的に成り立つ施設は皆無と言ってもよく、そのため設置運営は公設公営もしくは公設民営がほとんどで、民設民営は一割程度しかなく、設置自治体や民間法人の努力によりかろうじて運営できている現状がある。

## (2) 求められてきた機能と役割

### ①利用児の傾向

契約児童の障害の重度化・重複化が進み「医療的ケア」が常態化している。契約児の多くは脳性運動障害児で、ほとんどが知的障害を合併し、他にてんかんや摂食障害、呼吸障害などを合併する子どもも増加してきている。すなわち、「医療的ケア」が不可欠な「重症心身障害」の子どもが増加が顕著である。さらには0歳児から通園を開始するケースも稀ではなくなり、乳児期早期の子どもが支援対象の多くを占めるようになってきている。そのため、療育開始前または療育と並行して、保護者の精神的援助や障害理解への援助、育児支援などが強く求められる。よって、健康管理や摂食指導、育児支援や家族支援などライフサイクルに応じたきめ細やかな総合的支援を各々の施設の努力と工夫で提供している状況である。

### ②多職種かつ多数の職員配置

対象児とその家族は、診療や投薬など医療的意味合いの強い健康管理、発達段階に応じた訓練や保育の提供、摂食や栄養指導などの育児支援などの総合的な家族支援とを必要としている。

施設基準が不明確にもかかわらず、作業・理学療法、言語聴覚療法を担当するリハスタッフに加えて、育児支援や家族支援のために、保育士、ソーシャルワーカー、心理士などの多くの職種を配置せざるを得ない。

さらに脳性運動障害児に対するリハは、「歩く」「手を使う」「しゃべる」など経験したことがない機能を「一から教えていく(ハビリテーション)」ことが必要とされる。乳児期の子どもや知的障害が合併する子どもの知的能力、認知能力に合わせ、正しい感覚運動パターンを治療によって積み重ね、「自律的に(意識せず自然に)運動を覚えていく」ように進めなければならない。また育児支援では、食事、排泄、着替えなど具体的な場面で、十分な時間をかけ多職種と多くのスタッフのていねいな関わりが必要となる。また、摂食指導、栄養指導などの療育効果を目的とした給食提供、摂食障害を伴う増加傾向にある幼弱な重症児の柔軟な食形態の保障が必要なため栄養士の配置や自園調理が不可欠である。

知的障害や発達障害の子どもにも、麻痺だけでなく、てんかんや心疾患などの合併症がある子どもたちが増加してきている。通園施設の一元化に向けて、通園児の医療ニーズに対応する地域資源として、肢体不自由児通園施設で培われた医療機能の必要性が高まることが考えられる。

## (3) 現状を踏まえた課題

### ①診療報酬に影響を受けない経営基盤

医療型障害児施設である肢体通園では、「経管栄養」「吸引」「けいれんへの対応」「人工呼吸器の管理」「気

管切開や胃ろうの管理」などが日常的に必要な重度・重複障害児が増えてきている。今後、新しい制度への移行に際して、障害程度区分による報酬ランクの導入や医療保険制度の中で認められている「超重症児加算・準超重症児加算」の導入が必要である。そのために職員配置基準を明確にするとともに障害児施設給付費の増額は不可欠である。

#### ②登園回数の少ない児童の受け入れに対する経営基盤への配慮

平成20年度全国肢体不自由児通園施設実態調査によれば、肢体通園には日常的に医療が必要な子どもが通うため、体調不良による欠席などが多く、出席率が低くなる。「定員充足率約80%、平均出席率48%」という状況に「一日現員払い」となれば、施設収入の激減が予想され、激変緩和措置がなくなれば健全な運営ができなくなる可能性が高い。その上、利用料の増加による出席率の減少を考慮すれば、収入はさらに減少する可能性が高く健全な運営は望み難い。

#### ③地域での育ち、暮らしを支援できる経営基盤

定員に対する契約児の充足率は79%だが、併行通園制度（保育所との二重利用）の利用による登園回数の減少が現実化している。契約制度への移行に伴い、新規契約数は平均0.8～1.9人増加し、契約解除は0.1から0.3人に留まっている。今後も、契約数の増加は見込まれるが、並行通園の利用などで週1回程度の利用児も増加するため、利用回数は逆に減少する可能性がある。

また、出生児数の減少とともに肢体不自由児の実数は減少傾向にある。加えて、児童数の減少は一般保育所などの障害児受け入れの増加につながり、知的障害を伴わないか軽度である肢体不自由児は、障害児通園施設を経ることなく、保育所などに入園する傾向が出てきている。保育所や幼稚園への流動傾向は、自己負担額が増加したことにより、さらに助長されると予想される。よって、密度の濃い療育を毎日通園で提供する必要のある子どもに対し、ケアマネジメントの徹底を図るとともに、保護者との意志の共有を図り、一定期間でも継続できることが重要となる。

肢体不自由児通園施設は従来、障害児施策と医療費制度の矛盾を二重に被りながら運営されてきた。専門性を培いつつ障害のある子どもの中でもとりわけ日常的に医療的な配慮が必要な子どもたちの発達支援を担ってきた。専門性の高い指導を提供するという点では大きな意義があったが、一方で「肢体不自由児のみ医療的な配慮が日常的に必要」といった誤解を招いてしまっている。

「発達支援」とは、「障害の軽減・改善」という医学モデルの支援にとどまらず、地域・家庭での育ちや暮らしを支援する生活モデルの支援を重要な視点としてもつ。その目標は、「発達上の課題を達成しながら、その結果として、成人期に豊かで充実した自分自身の人生を送ることができる人を育てること」である。このような視点に立って、障害のある子ども自身に対する支援課題は、単に運動機能や検査上に表される知的能力の向上にとどまらず、「育つ上での自信や意欲」、そして「(発語だけに限定されない)コミュニケーション能力の向上」や「将来的な地域生活を念頭に入れた生活技術の向上」「自己決定、自己選択の能力向上」などをも射程に入れる必要がある。

そのため、肢体不自由児通園施設においても、知的障害児通園施設と同様の保育職の配置が必要である。加えて一元化の流れの中で、他障害の子ども利用の増加が考えられるため、保育を中心とする基盤機能は肢体不自由児通園施設であっても統一する必要がある。

(4) 年次別施設の状況

(各年10月1日現在)

	平成 16 年	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年
施設数(力所)	98	99	99	98	99
定員数(人)	3,755	3,777	3,789	3,725	3,734
実員数(人)	3,047	2,793	2,608	2,448	2,777
常勤換算 従事者数(人)	1,546	1,575	1,517	1,571	1,665

(平成21年度社会福祉施設等調査報告)

3. 難聴幼児通園施設

(1) 難聴幼児通園施設の設立経過

難聴児の乳幼児期での発見が確実に became のは、1960年代中頃にスピーカを用いての乳幼児聴力検査が開発されたことによる。また1960年代後半になると、聴力障害の重い難聴児にも装用効果のある箱型補聴器が普及し始めた。一方、ろう学校では満3歳以降の難聴児を対象に教育が行われていたが、熱心に難聴児を教育しても9歳レベル以上に言語力が向上しない「9歳の壁」といわれる教育成果の限界があることが知られていた。そこで一部の教育者たちは、3歳未満から難聴児を教育することで教育成果を高めることを考えていた。このように難聴児の早期療育の体制が整えられ始めた状況の中で、熱意ある教育・福祉関係者らが「満3歳以上が教育の対象となる学校教育法」の制約外にある児童福祉法の枠内で難聴児の早期療育を行える施設の設立を厚生省に働きかけた。その結果、1975(昭和50)年に難聴幼児通園施設(以下、難聴通園と略記)が児童福祉法の最低基準に事務次官通達により記載されたことで、法内施設としての難聴通園が始まった。なお、児童福祉法では0歳から通所は可能であるが、ろう学校での3歳未満児を対象とした教育相談は厳密には法的な根拠のないサービス活動であった。

(2) 難聴幼児通園施設の実態

①施設の現状

現在登録されている難聴通園は全国に24ヵ所(2010年10月1日現在)であるが、その実態は施設ごとにさまざまである。経営主体からみて社会福祉法人など民間立が7施設、事業団を含めた公立が17施設である。特に公立では総合療育センター内にある一部門としての難聴通園とさまざまな福祉関係施設が入る建物内にある難聴通園とに大別される。難聴児の出現率は出生1,000人に1人程度であるため、人口の多少に実際の難聴児数が影響される。このため、人口の少ない地域にある難聴通園は難聴児だけで定員を充足することは不可能であり、定員を満たすためには他障害児の受け入れは不可欠である。またこのような地域では障害児の施設は少ないため、難聴通園は地域にいる難聴以外の障害児を受け入れる必要性もある。一方、人口の多い地域(主に大都会)では難聴通園は難聴児だけで定員を満たすことができる。また都会にはさまざまな療育センターがあり、難聴以外の障害児への対応は一応整っているため、難聴通園が積極的に地域の障害児を受け入れる必要性は少ない。ただし、難聴通園には複数の言語聴覚士が常勤で勤務しており、難聴通園は他の施設にはない特色のある施設機能として、「言語発達に問題のある幼児の相談・評価・言語訓練」の機能を持つべきと思われる。

今回の調査および他の資料をもとに24施設の在籍難聴児の実数(2010年10月1日現在)を調べたところ、在籍難聴児数92名から0名まで施設により大きな差のあることが判明した。定員と難聴児との比率であ

る充足率では、充足率184～100%が8施設、93～63%が7施設、47～0%が9施設である。充足率が50%を下回る施設では他障害を受け入れているが、難聴児より他障害児の方が多いため、充足率が100%を超えても毎日の通園児数の実数が少ない施設がある。なお、0～2歳の低年齢児や他障害を合併する難聴児には毎日通園・長時間療育・グループ療育を強いるのは不可能であり、年齢・発達状況に応じた適切かつ効果的な療育体制を組む必要がある。

また、在籍する人工内耳装用児数は施設より差があり、在籍難聴児の半数以上を占める施設から全くいない施設までである。1名以上の人工内耳装用児が在籍する施設は19施設、全くいない施設は5施設である。新生児聴覚スクリーニングにより難聴が発見された難聴児の在籍数であるが、1名以上の人工内耳装用児が在籍する施設は21施設、全くいない施設は3施設であり、「人工内耳装用児の受け入れ」と「早期支援」との間に相関が認められる。今回の調査で、難聴通園以外にも難聴を主とする通園児が知的通園（35名）、肢体通園（8名）、児童デイ（70名）に在籍していることが示されている（表12参照）。中には人工内耳を装用する難聴児が知的通園（11名）や児童デイ（7名）も在籍しており、さらに新生児聴覚スクリーニングを受けて乳児期に発見されて難聴児が知的通園（20名）、肢体通園（13名）、児童デイ（28名）が含まれている。しかし、これら難聴通園以外に在籍する難聴児がどのような療育を受けているか不明である。今後これらの難聴児の実態について調査する必要があると思われる。

### ②難聴児療育の特徴

先天的難聴児は言語習得期である乳幼児期に音声言語を聴き取ることができないために、音声言語を習得できない。そこで、難聴児の療育の主たる目標は、難聴児に補聴器・人工内耳を装用させて言語訓練を行い、難聴児に音声言語を習得させることである。このような難聴児の療育には、聴力検査や補聴器、言語訓練について専門的な知識・技術をもつ言語聴覚士が不可欠である。このため難聴通園での療育の中心は言語聴覚士であるが、社会性や生活習慣の向上を促すために保育士や幼稚園教諭の資格を持つ幼児教育者が療育に加わっている施設も多い。難聴児の療育では療育者と難聴児が1対1で行う個別言語指導が中心になるため、1人の療育者が1日に担当できる難聴児の数に限界がある。また難聴児にとって家庭での日常生活での言語習得が重要であるので、母親の療育への参加と母親指導が必要となる。このため、母子通園が原則である。なお、難聴通園での療育方法については、多くの施設では補聴器又は人工内耳装用による聴覚を活用した療育（聴覚口話法・聴覚言語法）を行っているが、補助的に手話等のサインを導入して療育を行っている施設もある。

### ③職員配置と職員の要件

難聴児に言語習得を促すことは容易ではなく、責任をもって療育を担当するためには言語聴覚士を含めた療育担当者に5年以上の療育経験が求められる。なお、低年齢の難聴児の聴力検査、補聴器調整、人工内耳マッピング・調整については、医師法および言語聴覚士法の規定から医師との連携の上で言語聴覚士が行うべきである。この意味で、難聴通園での言語聴覚士の役割は大きい。

公立施設では人事異動が避け難いことから、難聴児療育に習熟した職員の移動、まったく未経験の職員の配属など、難聴児療育の水準の向上どころか維持すら困難になる状況すらある。また管理職についても、難聴児療育が分からない事務職等が人事異動で職場管理職になる場合が少なくない。このような場合、療育担当者の意向に沿った管理が行われるか疑問である。一方、民間立はそれなりの施設設立の趣旨があり、その趣旨に沿って管理運営が行われているが、人事異動のなさが職員の意欲低下に繋がりがねない要素もある。

職員配置数であるが、(財)こども未来財団が実施した「障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究（2007年3月）」に基づく難聴幼児通園施設の職員配置状況は、平均定員34.2人対して職員数（常

勤換算)は12.96人、施設長や事務員などの間接職員を除くと直接処遇職員9.04人、うち保育士・指導員・言語聴覚士などは8.41人(有効回収率72.0%)となり、在籍児に対する職員数は2.64:1(直接処遇職員のみでは3.78:1、保育士、指導員、言語聴覚士などは4.07:1)である。

### (3) 難聴幼児通園施設での療育成果

難聴児の早期療育成果(全国難聴幼児通園施設実態調査:平成17年版、こども未来財団)については、報告のある施設によると0、1歳から療育した難聴児であれば、重い聴力障害であっても6歳時点で年齢相応の言語力を習得して小学校普通学級に就学していることが示されている。また、いくつかの施設で療育した難聴児の長期追跡の結果では、重度難聴者であっても普通教育課程を経て大学に進学し、健常者と同等の条件で企業等に就労していることが確かめられており、難聴通園での早期療育の目標である「社会的に自立した難聴者の育成」を達成していることが示されている。

今回の調査結果からも難聴通園から多くの難聴児が普通学級へ就学していると推測される。ただし、療育効果に影響する障害を合併する難聴児が少なからずおり(10~20%)、他障害を合併する難聴児の対応が今後重要となると思われる。

### (4) 難聴幼児通園施設の今後

医学の進歩により、難聴児を新生児聴覚スクリーニングにより乳児期に発見することは可能となり、また人工内耳の装用により最重度の難聴児であっても30dB程度の聴こえになる。しかし、先天性の難聴児に6歳までに年齢相応の言語力を習得させるには、難聴の早期発見と補聴器・人工内耳の装用に加え、適切な早期療育が不可欠である。

難聴児の療育は、それなりの設備(聴力検査機器、補聴器調整機器、検査室、訓練室など)と聴力検査・補聴器等の専門知識のある言語聴覚士、さらに難聴児の療育ができる療育担当者(言語聴覚士等)の存在なしには不可能である。今後、0歳から小学校就学までの難聴児を療育できる通園施設を難聴通園以外にも確保するため、通園施設の一元化がなされた後には、難聴通園による他障害通園施設に対する指導体制を確立して難聴児を療育できる通園施設を増やしていくことが必要不可欠である。その際、難聴通園のない県にある通園施設の一つを指定して、難聴児を療育ができる施設として整備することも必要であると思われる。この場合、機器・訓練室の整備以上に重要なのは、難聴児の療育ができる療育者を確保・育成することである。今後とも難聴児の療育ができる施設(難聴通園)を確保・維持するためには、現行の難聴児給付額や人工内耳加算の維持、さらに増加が予想される新生児聴覚スクリーニングで発見される難聴児への対応としての低年齢児(0・1歳児)加算が必要と思われる。また、現在の難聴通園が通園施設の一元化に伴い他障害児への対応や地域への療育活動の展開を積極的に行うためには、現行の在籍児(利用定員数)と直接処遇職員の比率を少なくとも3:1に改める必要があると思われる。

### (5) 年次別施設の状況

(各年10月1日現在)

	平成 16 年	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年
施設数(力所)	25	25	25	25	25
定員数(人)	849	851	843	843	854
実員数(人)	748	749	746	750	963
常勤換算 従事者数(人)	301	307	297	310	289

(平成21年度社会福祉施設等調査報告)

## 4. 児童デイサービス事業

### (1) 地域の発達支援の拠点

1972（昭和47）年に小規模な自治体において通園施設の機能を代替する役割で誕生した「心身障害児通園事業」は、概ね20名の子どもに対する専任職員と嘱託医を配置し、年額1000万円程度の補助金を国が1/2、県と市町村が1/4ずつ負担することとされていた。必然的に親子通園の形で発展し、90年代半ばには350カ所前後に達していたといわれている。短期間の間に急速に増えた背景には、どの地域にも障害児に対する早期支援ニーズがあったことと、小さな市町村でも国庫補助を受けて実施しやすかった等の要素が考えられる。就学猶予・免除の子どもを受け皿であった通園施設との違いは、もともと「幼児」を対象としていたところである。

1995（平成7）年の「障害者プラン」で、本事業を2002（平成14）年までに1300カ所（重心通園300カ所を含む）に増やすことを目標としたことを受けて、保育園などの空き教室の利用も認められた。その後1998（平成10）年の通知で「障害児通園（デイサービス）事業」と名称が変わり、「概ね12歳までの児童」つまり小学生までを対象とできることになった。

この時点では、利用人員については「概ね5名以上とする」とされた。ここに、小規模の事業所の根拠が見られる。

母子保健法において、障害の早期発見を目的とした「乳幼児健康診査（1歳6ヶ月、3歳）」が法定化されたが、発見後の「受け皿」の役割を本事業が担ってきたのである。

少なくとも、この時点までは診断、判定を必要とせず、契約、費用負担なども必要ではなかったため、「気になる段階」からの支援が可能であった。

### (2) 児童デイサービスというサービスの形

上記のような経過で発展してきた「障害児通園（デイサービス）事業」は、2003（平成15）年の障害者支援費制度の施行に際して、居宅支援事業の一つとして「児童デイサービス事業」に移行することになった。その結果、現在の制度に引き継がれる診断、判定、受給申請、契約、費用負担という個別給付のサービスとなり、利用・契約が個人（保護者）の責任に転嫁される形へと移行した。また事業者側にとっては出来高払い制となり、採算性と内容を天秤にかけざるを得ない状況も生まれた。

そもそも乳幼児と学齢児ではニーズも、対応する専門性も違う。毎日通う場（学校）を持つ学齢児と他に通うところの無い乳幼児。障害は受容した上で「障害児のサービス」として選ぶ学齢児と、気になる段階を含み、まだ障害の受容前の乳幼児などである。（もちろん肢体不自由児や難聴児などのように早期に診断される子どもたちもいるのだが）。

また、他に0歳から12歳までという長い期間を対象にして同じ事業で対応する事業は無いのではないか。

2006（平成18）年障害者自立支援法への移行に際して、乳幼児向けと学齢向けの事業を区別する方向性が探られたのは、上記のような役割、専門性の違いを考慮してのことであった。結果的にはⅠ型デイとⅡ型デイの2種別で、職員配置による指定基準と報酬単価を区別する形となり、事業としての明確な対象や役割を示すにはいたらなかった。

なお、Ⅱ型デイは「日中一時支援」と似通った事業であることから3年後には廃止の方向が打ち出されていた。

しかし、2008（平成20）年に行われた「障害児支援の見直しに関する検討会」等の場で「児童デイサービスは残してほしい」という意見が相次いで出されたり、「児童デイサービスなのだから18歳までにす

べき」と国会で発言があったりして、「児童デイ」と言えば「学齢のデイ」のイメージが定着するくらい事業所の数が増えてきた。全国発達支援通園事業連絡協議会が把握していた「通園事業」約670カ所に加えて、2009（平成21）年12月時点では1500カ所以上の児童デイが指定を受けていた。

乳幼児期の「気になる」段階からの「発達支援」「家族支援」「地域支援」という児童デイの本来的な役割とは、かなり違う対象と根本的に違うサービス内容となってしまう、Ⅰ、Ⅱ型を区別するために位置づけられたサービス管理責任者の養成研修においても共通言語を持って語り合えない状況が生まれている。

### （3）児童デイサービスの役割

新たな事業所が次々に立ち上がってきたなかで、児童デイはいろいろな形、役割を担っている。

#### ①乳幼児の発達支援

おもに「心身障害児通園事業」が移行。公立の事業所も多い。

#### ②学齢児の放課後、学校休業日の対応

2003（平成15）年度以降に開設した事業所が圧倒的に多いが、①の事業所が午後の事業として取り組んでいる場合も多い。日中一時支援（市町村事業）と内容的な区別がしにくい。

#### ③乳幼児を対象とした預かり

Ⅰ型事業の指定は、職員配置のみで、対象年齢で報酬単価が決まるため、①の事業との報酬の違いがないが、療育や保護者指導の機能は脆弱な事業所が多い。

#### ④個別訓練的デイ

日々通う、集団療育という本来のあり方から大きく離れるが、指定基準を満たせば報酬を受けられる。

②③④の事業には、NPO法人や医療法人などや、介護保険事業所を含む、有限、株式などの営利法人事業の参入も多い。イメージ的には①がⅠ型、②がⅡ型ということだが、実際はⅠ型を標榜しても、②③④の事業を主に実施しているところもあるのが実情である。ただし、どの事業形態もそれぞれに保護者のニーズに応じているため、今後も何らかの形でそれぞれの事業の実施継続を保障していく必要がある。

なお、自立支援法への移行で国庫負担が裁量的経費から義務的経費へと変わり、実施、提供されたサービスへの給付についての公的負担は担保されたが、サービス提供についての公的責任は逆にあいまいになった。とりわけ①の事業については、地域の暮らしの仕組みとして不可欠な機能であり、診断・判定や、費用負担などのない本来の形での事業展開を可能にする必要性は高い。

### （4）児童デイサービスの状況

#### ①経営主体別事業所数の割合

（平成21年10月1日現在）

事業所 （カ所数）	総数 （%）	経営主体別構成割合（%）								
		国	地方公 共団体	社会福 祉協議 会	社会福 祉法人	医療法人	公益法 人等	営利法人	NPO	その他
1,316	100.0	0.1	23.9	5.7	33.4	2.1	0.3	10.6	22.9	1.1

（平成21年度社会福祉施設等調査報告）

②利用実人員階級別事業所の割合

(平成21年10月1日現在)

事業所数 (カ所数)	総数 (%)	人員階級別構成割合 (%)							
		1～4人	5～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50人以上	不明
1,270	100.0	4.2	5.8	21.8	21.6	15.3	10.2	20.5	0.6

(平成21年度社会福祉施設等調査報告)

③利用状況

(平成21年9月中)

利用実人員 (人)	利用延べ人数 (人)	利用者1人当たり利用日数 (日)
45,038	217,948	4.8日

(平成21年度社会福祉施設等調査報告)

④職別常勤換算従事者数

(平成21年10月1日現在)

総数 (人)	サービス管理責任者 (人)	指導員 (人)	保育士 (人)	その他 (人)
6,272	1,094	2,159	2,273	746

(平成21年度社会福祉施設等調査報告)

## 第2章 通所支援への提言

通園施設は、児童発達支援センターとして一元化される。児童発達支援センターが担う通所支援は、「児童発達支援」、「医療型児童発達支援」、「放課後等デイサービス」、「保育所等訪問支援」である。医療専門性が必要な重度障害児への支援は、診療所を有するセンターが中心となって担い、その財源は重度重複加算または診療報酬とする。

従来の障害種別での専門性を確保、或いは維持するための設備、職種・人員等に配慮し、これまでの専門施設での療育の質を低下させないことが重要である。通所支援の在り方について、以下のように提言する。

### 1. 通所支援提供施設等の構成

《福祉型児童発達支援センター》：医療型児童発達支援センターも基盤となる施設基準や職員配置は同様とする。

#### (1) 通園による発達支援機能（基本機能）

児童発達支援センターは、従来の児童福祉施設最低基準（以下、「最低基準」と称する）を遵守する共に、基本機能として通園による発達支援機能（保育・育児指導・個別指導など）をもつ。

児童発達支援センターによる発達支援の内容や頻度は、発達支援管理責任者注）（サービス管理責任者）を中心として直接処遇職員によって個々の児に作成される「個別支援計画」に基づいて決定され提供される。

施設の定員は「一日利用定員」とし、利用契約に基づく「個別給付」を原則とする（保護者の養育能力に合わせ一部「措置」を残す）。発達支援に対する給付は、定員に対する施設への基本給付と利用日数と子どもの状況に応じた個別給付と各種加算を併給する。

利用定員20人以上でかつ発達支援専門員注1) を配置して地域・家庭への支援機能を有するものとする。また、児童福祉の観点から、給食の提供による健全な心身の育成は不可欠であり、食事提供を義務として経済的な事由により、給食を利用できない乳幼児がいないようにする。

#### (2) 地域・家庭への支援機能（保育所等訪問支援も含む）

児童発達支援センターには地域・家族への相談支援機能を義務付け、担当職員として発達支援専門員を配置する。

発達支援専門員は、施設（事業）と契約している子どもと親への支援を主な業務とする「発達支援管理責任者（サービス管理責任者）」と異なり、「支給決定を受けていない子ども」を主な支援対象として「障害の診断を受けていない子どもの育児支援や家族の相談」「地域の保育所・幼稚園への巡回・訪問」「学校などとの連絡連携・移行支援」などを行う。また発達支援専門員は、障害児相談支援事業の障害児相談支援専門員、障害者相談支援事業の相談支援専門員や特別支援教育コーディネーターなどと連携して、幼児期から学齢期、成人期へとつながる一貫した地域支援体制を構築する。

【定員規模】：20名以上（1日利用定員）

【対象児童】：①児童相談所による療育手帳交付対象の乳幼児

②各市町村が発達支援を必要と認めた乳幼児

③上記に該当しない子ども（集団に馴染みにくい子ども、気になる子ども）

【最低基準】：指導室、遊戯室、相談室、屋外遊戯場、医務室、静養室、調理室、浴室又はシャワー室、

便所

【職員配置】：3：1（保育士または児童指導員）＋発達支援管理責任者<sup>注2</sup>＋発達支援専門員＋その他、加配加算対象職員（⑥⑦⑧⑨⑩⑪）

【職員職種】：①施設管理者 ②発達支援管理責任者（サービス管理責任者）③保育士 ④児童指導員  
⑤発達支援専門員 ⑥作業療法士（加算）⑦言語聴覚士（加算）⑧理学療法士（加算）  
⑨心理士等（加算）⑩栄養士（加算）⑪看護師/保健師（加算）⑫運転手/添乗員（加算）  
⑮調理員 ⑯事務員

【報酬】：①基本給付費（現在の食事提供加算を加えた額）②家庭連携加算 ③訪問支援特別加算  
④利用者負担上限管理加算 ⑤栄養士配置加算 ⑥福祉専門職員配置加算  
⑦欠席時対応加 ⑧新たな各種加算（詳細は後述する）

【支援事業】：①児童発達支援 ②地域・家庭支援（保育所等訪問支援、相談支援）

【支援内容】：個別支援計画（アセスメント→個別プログラム作成→ケア計画作成→サービス調整→クラス療育・個別療育）を作成し、継続的な療育及び乳幼児として必要な日常生活経験の療育支援等が保障される事業内容とする。

●支援システム

アセスメント→個別プログラム作成→ケア計画作成→サービス調整→クラス療育

【療育内容】：集団療育／個別療育／親子療育

（1）発達支援：①クラス療育（クラス別指導）

5～10名の単位クラス構成による課題設定療育

②グループ療育（グループ別指導）

少人数による課題設定療育

③個別療育（個別指導）

保護者／本児／援助者の3者による課題設定療育

④食事提供

（2）家族支援：①親子通園 ②母親（保護者）学習会 ③兄弟姉妹支援 ④送迎支援

（3）地域支援：①訪問療育 ②外来療育 ③施設支援（保育所等訪問支援）④放課後等デイサービス

【付帯事業】：①保育士/療法士等の養成校との連携

②人材（地域の子ども支援関係職員）育成 ③ボランティア育成 ④関係機関との連携

【課題：今後の検討を要する項目】

①措置児童の取り扱い：市町村が行うことから対応の地域格差が生じないようにガイドラインを設ける。

②手帳所持を支援利用計画の条件にしない

③利用料負担は、月額利用＋日額利用の併用

④同一敷地内における同一事業の運営について

Ex i) 通園施設と児童デいの併設が可能なのか？

Ex ii) 知的通園と肢体通園が福祉型の児童発達支援センターに移行した場合、定員増で対応することになるのか。

⑤療育手帳交付業務は都道府県で判定等は児童相談所が存続して行う。

⑥児童発達支援センターは、放課後等デイサービスの併設は可能、その場合、指導室等は専用でなければならないか。

⑦居住地域に左右されない発達支援を保障する。

⑧発達支援管理責任者養成研修の実施。

《医療型児童発達支援センター》

前述の《福祉型児童発達支援センター》の業務を基盤事業とする。

併せて、診療所を設置し必要な職員を配置して、医療支援を行う。

肢体通園に限らず診療所を設置するすべての障害児通園施設を対象とする。

【課題：今後の検討を要する項目】

①総合通園センター等の複合施設の一元化について

《児童発達支援事業》

利用定員1単位当たり20人未満の事業所は「児童発達支援事業」とし、施設最低基準は設定せず、保育所や学校の空き教室なども活用できることとする。食事提供は任意として、提供する場合には、基本単価（基本給付費）に食事提供加算を設定する。

【定員規模】：19人以下（1単位当たり）

（～5人、～10人、～19人の段階的単価設定とする）

【対象児童】：①児童相談所による療育手帳交付対象の乳幼児、

②各市町村が発達支援を必要と認めた乳幼児（受給者証交付の乳幼児）

③上記に該当しない子ども（集団に馴染みにくい子ども、気になる子ども）

【最低基準】：特に定めない。（指導訓練室などに必要な機器備品を備えたもの）

【職員配置】：障害児3人に対して、職員1名+発達支援管理責任者

【職員職種】：①発達支援管理責任者

②発達支援にかかわる5年以上の経験を持つ以下の職種が1人はいなければならない。

（保育士、児童指導員等）

\*その他の職種について、配置した場合は加算とする。

【報酬】：①基本単価 ②福祉専門職員配置加算 ③家庭連携加算 ④訪問支援特別加算

⑤欠席時対応加算 ⑥医療連携体制加算 ⑦送迎加算 ⑧利用者負担上限管理加算

⑨新たな各種加算（詳細は後述する）

【支援事業】：①児童発達支援

【支援内容】：個別支援計画（アセスメント→個別プログラム作成→ケア計画作成→サービス調整→クラス療育・個別療育）を作成し、継続的な療育及び幼児として必要な日常生活経験の療育支援等が保障される事業内容とする。

●支援システム

アセスメント→個別プログラム作成→ケア計画作成→サービス調整→クラス療育

【療育内容】：小集団療育及び個別療育

\*センターのない地域などで、乳幼児期に安定した生活リズムを獲得するために、日々通わせ、発達支援を継続的に実施する療育拠点となるなら、センター同様の療育時間（1日利用）も必要となる。→ 規模+療育時間によっても、報酬単価を設定する。

\*家庭支援、地域支援については、地域の実情に応じて実施する。

【課題：今後の検討を要する項目】（再掲）

①措置児童の取り扱い：市町村が行うことから対応の地域格差が生じないようガイドラインを設け、児童相談所との連携のものに支援を行う必要がある。

- ②手帳所持を支援利用計画の条件にしない
- ③利用料負担は、日額払いと月額払いの併用
- ④人口密度、地域格差への配慮と是正のために、人口過疎の地域によって5名以上の本事業が運営できる配慮が必要
- ⑤同一敷地内における同一事業の運営について  
Ex i) センター内の複数事業の運営についてどうするか  
Ex ii) 福祉型と医療型の事業併設について
- ⑥療育手帳交付業務は都道府県で判定等は児童相談所が存続して行う。
- ⑦児童発達支援は、放課後デイサービスの併設は可能、その場合、指導室等は専用でなければならないか。
- ⑧提供時間と基本単価（基本給付費）の関係。

## 2. 通所支援事業における基本的な内容

### 《主にセンターにおける児童発達支援》

#### (1) 通園による発達支援機能（基本機能）

すべての児童発達支援センター（事業）は、基本機能として通園による発達支援機能（保育・育児指導・個別指導など）をもつ。

児童発達支援センター（事業）による発達支援の内容や頻度は、発達支援管理責任者<sup>注</sup>を中心として直接処遇職員によって個々の児に作成される「個別支援計画」に基づいて決定され提供される。

利用定員は「一日利用定員」とし、利用契約に基づく「個別給付」を原則とする（保護者の養育能力に合わせ一部「措置」を残すとともに、児童福祉施策で保育所で保育料などが無償になる時には無料とする）。発達支援に対する給付は、定員に対する施設への基本給付と利用日数と子どもの状況に応じた個別給付と各種加算を併給する。

利用定員を20人で区切り、20人以上でかつ発達支援専門員<sup>注</sup>を配置して地域・家庭への支援機能を有する事業所を「児童発達支援センター」とし、従来の児童福祉施設最低基準等を遵守する共に、食事提供も義務とする。通園利用定員20人未満（1単位当たり）の事業は「児童発達支援事業」とし、最低基準は設定せず保育所や学校の空き教室なども活用できることとする。食事提供は任意として、提供する場合には食事提供加算を設定する。

#### (2) 地域・家庭への支援機能（再掲）

児童発達支援センターには地域・家族への相談支援機能を義務付け、担当職員として発達支援専門員を新たに配置する。発達支援専門員は、施設（事業所）と契約している子どもと親への支援を主な業務とする「発達支援管理責任者（サービス管理責任者）」と異なり、「支給決定を受けていない子ども」を主な支援対象として「障害の診断を受けていない子どもの育児支援や家族の相談」「地域の保育所・幼稚園への巡回・訪問」「学校などとの連絡連携・移行支援」などを行う。また発達支援専門員は、障害児相談支援事業の障害児相談支援専門員、障害者相談支援事業の相談支援専門員や特別支援教育コーディネーターなどと連携して、幼児期から学齢期、成人期へとつながる一貫した地域支援体制を構築する。

#### 注1) 発達支援専門員について

乳幼児期における相談支援の特殊性については、平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「障害児等療育支援事業と関連させた障害児に対する相談支援事業の展開方法についての調査・研究」で報告した。

障害児施設の一元化をはじめとする障害児支援体制の抜本的改革の中で、子どもの発達支援のための専門技術や情報が家庭や保育所などの地域機関に対して的確に提供されるシステムの構築が重要であり、その基盤となる相談支援機能の整備は不可欠である。しかし、乳幼児期の相談支援は特殊である。前面に立つ発達支援ニーズだけでなく、「親の障害理解と受容」「夫婦や家族関係の葛藤」「障害のある子どもを産んだ母親の心理的葛藤」「保育所や学校への移行支援」など、親・家族の潜在的ニーズを念頭に相談支援が提供されなければならない。加えて、障害認定や診断を受けていない「(発達上) 気になる子ども」への早期対応も重要な業務として位置付けられなければならない。また、特別支援教育において「一般児童の教育にも資する」と謳われているように、障害のある子どもへの発達支援は、障害のない子ども達の「育児支援」にも展開できる重要な要素をもっており、その役割も相談支援事業に求められる機能である。

しかし、成人期の生活支援を中心課題として活動する現在の相談支援専門員では、乳幼児期・児童期の相談支援に対応できない。加えて、この時期の相談支援には発達支援の専門性が求められることが多いため、障害児施設に児童に特化した相談支援機能を併置させて地域の障害児・者相談支援事業と協働することが合理的かつ機能的である。ここで、施設・事業への配置が義務化されている「サービス管理責任者」は利用契約児童のサービス管理を主な業務とするため、新たに「発達支援専門員」を新たな障害児通園施設＝児童発達支援センターに配置する必要がある。

発達支援専門員の資格要件としては、障害児に対する一定期間の実務経験と資格（保健師、看護師、心理士、保育士、児童指導員、社会福祉士、理学・作業療法士・言語聴覚士など）を有する者とし、現行の相談支援専門員研修に加えて障害児ケアマネジメントに関する専門研修を準備する必要がある。

#### 注2) 発達支援管理責任者（サービス管理責任者）の配置の必要性とその役割

発達支援管理責任者の役割は以下の2点である。

- ①提供されるべきサービス内容とその提供プロセス・システムのマネジメント
- ②提供する事業体側の職員養成やリスクマネジメントや人事マネジメント

とりわけ今日的には教育界をも含む発達支援現場では、個別的な発達支援を保障しようとする流れになっており、そのための個別支援計画の作成と前提となるアセスメントの実施が重要なキーワードとなる。しかし、この2点については、児童通園分野ではある程度実施されてきているとしても、教育を含む児童分野全体としては十分になされてこなかった。その背景には、今日の発達支援管理責任者に期待されている役割の十分な人的な位置づけがなされてこなかったことが考えられる。

例えば、発達支援に関しては、

- ①利用者（子どもと家族）についてのデータの収集・分析・アセスメントに始まり、課題設定と優先順位、参加スタッフの選定、期間設定、個別支援計画の作成のマネジメントをする。

地域の社会資源情報を収集しながら利用者ニーズとのマッチング、さらには支援計画作成への利用者（子どもの場合保護者）の参加・同意を得る。

- ②学期ごとあるいは半年をスパンとして、利用者の状態やそれまでの支援効果の中間アセスメントを実施し、個別支援計画の修正と支援内容の修正を行う。
- ③最終的には、設定された目標が達成されたか、次なる課題が新たに出てきてはいないか、利用者側は満足しているか、さらには利用者の人権が守られているかなどの確認作業をする。

一方、発達支援提供側に関しては、

- ①事業所内での関係者会議を企画開催し、提供しようとするサービスがニーズにマッチしているか、関係者間で十

分な検討合意や役割分担が出来ているか、個別支援計画が適切に遂行されているか

②発達支援環境が安全で、適切な状態になっているか。

③自己完結的ではなく、地域の社会資源を十分視野に入れての面的支援がされているか。

④それぞれの職員が自らの専門性を発揮しながら、心身共に元気に前向きに勤務し、機能できているか。

等のセンター（事業）内についての諸管理責任が期待されるであろう。

記述してきたように、発達支援管理責任者に求められる役割は利用者と事業者両面からの多岐にわたるマネジメント業務である。しかし、自立支援協議会や関係諸機関など外部との連絡調整についての役割、地域での生活暮らしを乳幼児期から支援するのに必要不可欠なワーカー機能としては、前述した「発達支援専門員」を別途配置することが望まれる。

発達支援管理責任者の資格要件は、

- ①学校教育法に基づく大学において、児童福祉、社会福祉、児童学、心理学、教育学、社会学を専修する学科又はこれらに相当する課程を修めて卒業した者。
- ②管理責任者として必要な学識経験を有する者。
- ③障害児施設等において5年以上、障害児支援に携わっている者。

### （3）具体的指針

①最低基準第57条では、生活指導及び職業指導について規定しているが、障害児を対象とする場合は、職業指導はまだできないしその必要もないのでこれを省き、この代わりに機能訓練を入れる方が実情に即している。

視覚、聴覚、皮膚感覚等の感覚機能訓練、また上肢・下肢・体幹等の粗大運動機能や手先、指先等微細運動機能の訓練を、遊び、音楽・リズム、運動等の生活指導を通して集団的に、意図的に、或いは特設された時間に個別に行い、発達の助長、障害の軽減を図ることが望ましい。

#### ②療育時間

原則として1日につき8時間（送迎時間を含む）とすることとあるが、乳幼児期の子どもに、毎日通園させ、いつも8時間指導するような機械的な療育に陥ることのないように留意する必要がある。しかし、保護者の都合で、療育終了後の預かりや早預かりについては、保護者支援の一環として今後の検討すべき課題である。

### （4）新たな職員配置について

本調査により、通園施設の種別によって、直接処遇に配置される職員の職種は異なることがわかった。また、（財）こども未来財団が実施した「障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究（2007年3月）」によれば、保育士・児童指導員では、定員10名あたり1.67人の配置であり、それに直接処遇職員として配置されている作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、心理士、看護師を加えた職員数は、定員10名あたり5.20人となる。これにより、児童発達支援には多岐にわたる職種の関与が必要であることがわかる。

また、同実態調査研究の報告では、タイムスタディ調査の結果より以下の内容を提言している。

①日常的な個別または集団で行われる直接療育サービスだけではなく、施設職員が間接的なサービスにも時間を割いている実態を把握することができた。相談・アセスメント・関係機関との連絡調整・家族支援・地域啓発・ケアマネジメント・内部調整などは、直接療育サービスを円滑に進めるうえで欠かすことのできない業務である。したがって、こうした間接的なサービスを、必要不可欠な発達支

援サービスとして位置づけるべきである。

②職種を超えた多岐にわたる業務を提供している職員の実態を把握することができた。多様なサービスを適切に提供するためには、職員に高いスキルが求められており、資質の向上・管理のために研修や資格認定などを位置づけるべきである。

③障害児が利用する施設で残業が常態化していることが明らかになった。この結果を踏まえ、障害児が利用する施設での根本的な人員配置の見直しを行うべきである。その基準は実態に近い直接処遇レベルでの2：1が妥当である。

#### (5) 新たな加算について（医療型児童発達支援も同様）

幼弱な乳児期の発達支援には育児援助も含めた「親ぐるみ」「家族ぐるみ」の支援が必要であり、加えて体調の不安定さから生じる出席率の低下も日払い給付の中では施設運営にとって重要な問題になる。また、複数の障害が重複している児や行動障害等で支援困難な児の受け入れにも、施設の基本的能力を超えた力量が求められる。このような児を受け入れる場合には、各種の加算を設定して職員の確保などの施設の円滑な運営に向けた財政的支援が必要となる。

各種の加算は、以下のように「施設運営の充実に向けた加算」と「個々の児のもつ障害状況に応じた加算」が考えられる。

ただし、さまざまな障害状況への加算が個別給付として算定されれば、保護者の納得が得られないだけでなく、重度の児では負担が重くなって利用の差し控えにつながる危険があることも考慮しておく必要がある。また、加算額の変動は施設運営を不安定にするとともに事務作業も非常に煩雑になるため、加算額は年度初めなどの状況で決定され、1年間通した給付にするべきである。

①施設運営の充実に向けた加算（基本単価に加え、利用者負担は発生しない）

a リハビリテーション等専門職配置加算

（作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、心理士の配置）

b 看護師／保健師配置加算

c 医療機関連携加算

以上は、医療型児童発達支援センターでは算定できない

d 初期指導加算（1年間）

e 移行加算（入園前後3ヶ月、退園前後3ヶ月）

f 臨時休園配慮加算：気象警報発令時、伝染性疾患発生時の休園への対応

g 緊急措置対応加算：緊急措置入園に対応した時に6ヶ月間に限って算定

h 栄養マネジメント加算：児童入所施設に準ずる

②子どもの障害状況に応じた加算（個別給付）

a 重度重複障害加算（2つ以上の障害の合併）

b 医療的ケア加算（医療的ケアが必要な内部障害）：看護師の配置加算

以上は、医療型センターでは算定できない

c 聴覚障害加算：難聴児5人に1人の言語聴覚士の配置加算

d 視覚障害加算：視能訓練士などの確保

e 強度行動障害加算

f 難治性てんかん加算：

投薬によっても発作が抑制されておらず常に監視が必要な児

g 超重症児加算（超重症児診断基準による）：看護師の配置加算

h 乳児加算（0～1歳児）

i 送迎加算：利用契約児対象

職員配置の義務が生じる「聴覚障害加算」「医療的ケア加算」「超重症児加算」などについては、職員の安定的確保を維持するため前年度実績数で算定し、1年を通した給付とする。

## （6）一元化に伴う施設整備について

- ①利用定員数に対する保育室等の最低基準等を遵守するための施設整備費
- ②施設のバリアフリー化にともなう施設整備費
- ③体温調整の困難な児童のための空調設備整備費
- ④姿勢保持が困難な幼児のための座位保持椅子・装置等の設備整備費
- ⑤乳児等の摂食指導に必要な備品整備費
- ⑥聴覚障害児を受け入れるセンター等に対して、聴力検査室設整備費。

## 《医療型児童発達支援》

### （1）診療機能（診療所の設置）

診療所を設置する児童発達支援センターを医療型児童発達支援センターとし、対象児童の医療だけでなく、対象児童以外にも診療機能を開放し「障害児（者）リハビリテーション料」などの診療報酬によって支援を展開する。この機能により、医療型児童発達支援センターは、近隣に在住する障害児全般に開かれた医療資源となる。

医療型児童発達支援センターは、利用契約児への発達支援に対して「障害児施設給費」と「医療費」を算定できる。医療にかかる費用は、すべて医療保険で算定し、肢体不自由児通所医療費は廃止する。また、各種加算のうち、医療費で請求できる項目は算定できない。

### （2）運医療型児童発達支援センター（以下：「医療型センター」とする）の機能

#### ①医療と福祉による総合的「発達・育児・家族」支援機能

家庭における育児能力は、障害のある、なしにかかわらず低下している。子どもに障害があれば育児不安はさらに大きくなるため、医療的・福祉的援助を基盤とした育児支援が不可欠となる。障害がどんなに重度であっても乳児早期から発達・療育、家族支援などの柔軟な提供が必要とされる。そのような観点から、子どもにとって医療と福祉の協働的な支援は不可欠なものであり、障害特性のみで対象児童を限定すべきものではない。

重度の障害児には医療的支援がさらに必要である一方、特異な認知学習パターンや感覚過敏をもつ自閉症児、食べることそのものに配慮が必要な重症心身障害児などの療育にも保育士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、栄養士などが対応する必要がある。

医療型センターには、現行の肢体不自由児通園施設に配置されている障害児療育に精通した保育士等の福祉専門職、作業療法士、言語聴覚士、理学療法士等のリハビリテーション専門職、的確な診断と保護者のカウンセリングができる医師や看護師などの医療専門職の継続的な配置が必要となる。そのような多様な職員配置により、地域の保育所や学校、医療機関、福祉行政機関などと連携がとりやすく、専門技術を提供できる機能をもつことになる。

#### ②診療機能を窓口とする一貫した支援の提供

診療所の外来診療機能によって、NICUからの早期乳児の受け入れ、乳幼児の育児支援、乳幼児健診後のフォロー、発達に応じた保育や医療の提供、特別支援教育のバックアップ、さらには卒業後の生活支

援などの機能をもてることになる。故に、医療型センターにおける診療機能は医療と福祉を必要とする障害のある子どもに対するライフステージに応じた長期にわたる支援を可能にする社会資源であり、決して肢体不自由児に特化した支援だけを提供するものではない。医療型センターでは、医療支援機能を基盤とした総合的な療育計画を立案して育児や日中活動を支援することになり、肢体不自由児だけでなく、最近増加傾向が指摘されている自閉症・注意欠陥/多動性障害・学習障害などの発達障害にも対応できる地域の療育資源としての役割も期待される。

③障害種別を限定しない意義

障害児施設受給者証の取得が難しい知的に遅れのない自閉症等の発達障害児とその保護者に対する支援は児童発達支援の大きな課題である。「気になる」段階からの診断機能と育児に関する相談機能の充実、保護者の障害理解を促進し育児不安を解消するとともに、子どもの二次障害の予防等に大きな意味を持つ。その他、てんかんや多動に対する投薬なども医療型センターの機能として重要である。

④子どもを中心とした関連機関の相互補完

乳幼児期・児童期の障害児に対する地域支援には、ライフステージに応じた継続的な支援が必要である。横並びにある関連機関とのネットワークの構築に加えて、進路や発達状況を踏まえた縦並びの支援が必要となる。この場合においても、診療機能を持つことは重要である。

(3) 要医療児童受け入れのための必要機能

①利用児の傾向

契約児童の障害の重度化・重複化が進み「医療的ケア」が常態化している。脳性運動障害児はほとんどが知的障害や認知障害を合併し、てんかんや摂食障害、消化器障害・呼吸器障害などを合併する子どもも増加してきている（全国肢体不自由児通園施設連絡協議会・2009年2月実態調査）。すなわち、肢体不自由児通園施設では、「医療的ケア」の実施が不可欠な「重症心身障害」の状態の子どもが増加してきている。

NICUや病院などから紹介されることが多い脳性麻痺を中心とする肢体不自由児は、0～1歳児などの早期から通園を開始する傾向にあり、乳児期早期から子どもとその保護者に対する支援が必要になる。そのため、保育と並行して、保護者の精神的援助や障害理解への援助、育児支援、医療的援助などが強く求められる。よって、健康管理や摂食指導、育児支援や家族支援などライフサイクルに応じたきめ細やかな総合的支援を行う必要がある。

②多職種職員による多面的なスキル

対象児とその家族は、診療や投薬など医療的要素の強い健康管理、発達段階に応じたりハビリテーションや保育の提供、摂食や栄養指導など、総合的な支援を必要としている。具体的には、脳性運動障害児に対するリハは、「歩く」「手を使う」「しゃべる」など経験したことがない機能を「一から教えていく（ハビリテーション）」ことが必要とされる。乳児期の子どもや知的障害が合併する子どもの知的能力、認知能力に合わせ、正しい感覚運動パターンを治療によって積み重ね、「自律的な（意識せず自然な）運動を覚えていく」ように進めなければならない。すなわち、「病院のリハで子どもたちの機能を向上させ、保育所で遊び経験を増やす」というような分離された関わりではなく、子どもたちの遊び（保育）の場で状況を見極めながら活動経験を保障することが必要となる。これは、遊びの場のみでなく、一日のスケジュールの中で食事、排泄、着替えなどの具体的な場面を通して伝える充分な時間をかける必要がある。保護者はここに同席することにより、子どもの理解を深めると同時に子育てのための具体的なスキルを得て、家庭で再現することはもちろんのこと、学校や保育所等にも援助方法を伝えることができるようになる。

また、幼若な重症児や味覚過敏を伴う児童の受け入れに際しては、摂食方法、栄養指導などの療育効果を目的とした柔軟な食形態を、自園調理での給食で提供することが、必要なため栄養士の配置が不可欠である。

ただし、早期から個別のかつ医療的な支援を受けてきた子どもの保護者は、個別的なりハビリテーションに傾倒する傾向が強く、しばしば訓練への依存心が強くなってしまいうことに留意しなければならない。

よって、育児支援や家族支援のためには作業療法士や理学療法士などのリハビリテーションスタッフと保育士、ソーシャルワーカー、心理士などが配置され、連携を保ちつつ、一連の療育活動と支援を作り上げることが必要である。

### ③療育ニーズに応える多機能化

発達支援の特殊性と障害児医療資源の脆弱性を鑑みると、施設内で提供するプログラムにとどまらず、子どもたちの受け入れを促進するために学校や保育所等に出向き、移行支援や継続支援に努める必要がある。

## 《放課後等デイサービス》

2008（平成20）年の「障害児支援のあり方検討会」をはじめとするなどさまざまな論議の中で学齢児の放課後の時間を利用した発達支援、学校休業日の居場所作りが必要だという認識が高まってきている。2012（平成24）年4月に施行される改正児童福祉法に盛り込まれた「放課後等デイサービス」は、基本的に「児童デイサービスⅡ型」の移行・発展型と想定されるが上記の機能を展開するために、その人員・設備等の基準について以下のとおり提案する。

まず一般施策との関係であるが、現在親の就労支援を主な役割とした放課後健全対策事業である「放課後児童クラブ（学童保育）」が障害児は特例で小学6年まで利用が可能である。また、文部科学省の所管する「放課後子どもプラン」のように「全児童」の放課後対策などもあり、自治体によっては「障害児学童保育」などの単独事業も見られる。しかし、このような自治体単独の事業は極めて少ないのが現状であり、事業への障害児の利用状況はさまざまである。

「全児童」対策といっても、実際には障害児または「集団になじまない子」への門戸は閉ざされており、特別支援学校在籍の児童・生徒の利用への門戸は狭いというのが現状である。加えて、高等部までの12年間の放課後支援が必要なため、保護者の就労に対しての支援が難しい実態がある。そのため、2003（平成15）年以降は「児童デイサービス」がその受け皿として数多く誕生し、障害者自立支援法において経過的事業所として継続してきた経過がある。

児童デイサービス（Ⅱ型）の現状の事業内容として、「安全確保や見守りを中心とした預かり型」、「学童療育型」、「個別訓練型」、「保護者の就労支援」等、さまざまな形態で展開されている現状がある。また、学齢期の家庭養育での負担、疲労のレスパイト等の背景から学齢期の本人や家族支援の必要性が高く、放置すれば虐待等に進展する状況が予想される保護者のニーズに応じた放課後支援を合わせると以下のような類型が考えられる。

- 子どもの「いつもの場所や仲間」「安心して過ごせる場所や仲間」など学校外の第3の生活の場、集団の場での余暇的活動の提供。
- 余暇的活動の積極型として一般児童と同様の習い事や学習指導など、児童にあった活動の提供。
- 就学前の療育の個別課題について、就学後も継続した提供。
- 学校の環境不適應に伴う発達支援（指導）

また、現在の事業形態では報酬上の乳幼児Ⅰ型と学齢児Ⅱ型（今回の改正法では20歳まで）が同じ空

間を共有する状況があり、改正後の新事業に向けて、早期に基準等の整備が必要である。

【定員規模】：10名から20名程度

【対象児童】：①障害児（小学生低学年、小学生高学年） ②障害児（小学生と中学生のみ）

③高校生や20歳まで ④その他、市町村が必要と認めた子ども

\*義務教育終了後に在宅の状態にある児童で適切な通所する場が確保できない場合は対象とする。

常時利用を基本として一時的利用も弾力的に受け入れる

【職員配置】：学齢期を中心とする知的障害児施設等では児童4.3人に職員1人+加配職員（重複障害等）に準ずる。

\*保育士・指導員の専任1名のほかヘルパー等、無資格の介護補助員（学生も含む）等常勤換算数を配置する。

サービス管理責任者の1名の専任配置

【開所日】：①放課後～午後6時まで ②学校の休業日（長期休業を含む）

提供時間に応じた単価設定と平日と休日単価とする。

【場 所】：学校等の空き教室や施設の空きスペース

【運営費】：個別給付

【各種加算】：①重度加算・重度重複加算：基本単価に反映する加算とする。

②医療ケア加算：医療ケアを要する場合で看護師を配置して対応する。

③送迎加算：学校から事業所、事業所から家庭付近の送迎についても加算対象とする。戸口から戸口ではなく、ステーション方式でも可能とする。

【職員資格】：担当者の内ひとりは、保育士または児童指導員等とする。

【課題：今後の検討を要する項目】

①放課後にかかわる一般施策への障害児または「集団に馴染まない子ども」の受け入れのために、都道府県事業である障害児等療育支援事業の「施設支援」や市町村事業である新事業の「保育所等訪問支援」「巡回支援専門員整備事業」などが受託できるよう、本事業所が職員増員などの体制を整備すること。

②「放課後等デイサービス」の対象の子どもは、より小集団での対応、手厚い職員配置が必要な子どもとして、事業内容や報酬単価を規定していく。

③現在、小規模な事業所の運営を担保するために規模別の報酬単価設定となっているが、サービス提供時間や職員配置などによって報酬単価を決定する。

④毎日利用でない学齢児の受け入れ等安全確保も含めて2：1の職員は必要である。保育士等は現状どおり専任常勤1名必置とし、他は常勤換算で配置する。

⑤設備基準等については、子どもの発達を保障するにふさわしい空間となるよう、面積や環境設定に関しては、いわゆる思春期への対応も考慮して、体格や活動の違いに準じた指定基準とする。しかし、既存事業所の継続という点で、空き教室、借家、空き店舗などの利用等も可能とする。または、指定事業所と基準該当としての緩やかな基準とすることも考慮する。

⑥対象年齢については、小学生低学年・小学生高学年・中学生・高校生・高校生以上の3年刻みとして報酬に反映する。

⑦学齢児の日中一時支援は「放課後等デイサービス」として位置づける。

- ⑧第2種社会福祉事業として単独での事業所指定を可能にすること。
- ⑨事業所ごとで、ア) 対象児、イ) 開設日数、ウ) 開所時間を設定することを可能にする。
- ⑩現在の学童クラブの「障害児」の受け入れがなくなることへの懸念。
- ⑪留守家庭子ども会（小学校低学年を主な対象）と、放課後児童対策両方の機能をどうよ  
うに整理するか。
- ⑫利用者の「年齢」や「障害の状況」での支援内容の整理。
- ⑬現行の児童デイⅡ型との整合性について。
- ⑭食事提供をどのように評価するか。
- ⑮短時間の対応をどのように扱うか。
- ⑯午前は児デイⅠ型、午後は児デイⅡ型の事業継続保障について

## 《保育所等訪問支援》

### (1) 保育所等における訪問・巡回相談の現状

訪問・巡回相談は、“専門機関のスタッフが保育所等を訪問して子どもの保育所等での生活を実際に見たうえで、ニーズに応じた専門的な援助を行う”ことであり、児童相談所、保健所・保健センター、発達障害者支援センター、教育機関などの行政機関で行う場合と障害別通園・入所施設、児童デイサービス事業所等の機関で行う場合がある。正確なデータは無いが数量的には後者が圧倒的に多い状況であるといわれている。

対応する職種としては、保育士、児童指導員、各種療法士、臨床心理士等のセラピスト、児童福祉司、保健師、教育相談員など千差万別で、資格や特別な研修を受講することなどの条件もなく、ほとんどが信用・実績・経験主義的な中で行われている。

法的な基盤としては、行政機関以外は障害児等療育支援事業のひとつである「施設支援一般指導事業」や障害児施設の「家庭連携加算」を活用するケースが多いが、市町村や施設で単独の事業として実施している場合もある。また、文部科学省が2005年度より「幼児教育支援センター事業」を実施しており、その概要は、子育てに不安を抱える保護者等へのカウンセリングを行う「保育カウンセラー」等からなるサポートチームを市町村教育委員会に設けるものであるが、数的にはまだまだ不足している状況にある。

訪問・巡回相談の基本的な支援内容としては、

- ①子どもの社会性、行動、ことば等の観察／発達検査
- ②保育士等への専門的援助
- ③保護者への具体的な支援方法の提案、専門機関の紹介など

最終的には、本人はもとより保育士等や保護者の不安軽減を図り、安心して保育・育児ができる環境を整備していくことが求められている。

### (2) 現行の訪問・巡回相談の課題について

#### ①保護者の障害受容

訪問・巡回相談を実施する事前の段階として、「保護者の同意」が必要とされるが、障害の受容の問題によりなかなか了解が得られなかったり、また、それ以前のアセスメントの段階で保育士等と保護者との関係が悪化してしまったり、また、保護者との関係悪化を危惧して子どもの正確な情報を伝えること躊躇してしまったりと、個別の配慮が必要にもかかわらず、なかなか支援が進まないケースが多い。

#### ②訪問・巡回相談員の専門性

発達相談に携わる職員は、 a. 確かな発達診断能力技術・カウンセリングやソーシャルワークの技術 b. 乳幼児の発達とつまずきに対する援助方法 c. 乳幼児保育・幼児教育の実践についての理解 d. 家族関係とその援助についての理解 e. 発達支援に関わる制度の熟知 f. 障害児医療などの知識を身につけることが必須条件であると考えられるが、一定の基準がないため経験主義的な中で行われている。専門性を向上させるためには、養成（研修）システムの確立が必要である。また、現在既に発達相談に従事している人は、非常勤で働いている人も多く、専門職の処遇や労働条件がその専門性の質を大きく左右する要素であり、非常勤ではなく常勤としての生活保障が必要である。

### ③地域偏在の問題

現在、障害児通園施設（知的障害児、肢体不自由児、難聴幼児）の絶対数が不足しており、人口過疎地域の発達支援の場として期待できるのは児童デイサービス事業のみである。しかし、財政的基盤や人的資源が脆弱なため、訪問・巡回相談を実施したくてもなかなかできない状況にある事業所が多い。

【対象児童】：障害児

【対象施設】：障害児の通う機関（保育所、幼稚園、学校、放課後デイ、児童館等）

【対応職員】：発達支援専門員と保育士等（2名以上のチームで対応する）

【支援システム】：アセスメント→個別プログラム作成→ケア計画作成→サービス調整

【事業費】：個別給付

【課題】：今後の検討を要する項目

#### ①通所給付申請

通所給付が保護者の申請による個人給付であるため、いわゆる「早期発見」「気になる段階」からの支援という点では課題を残す内容となっており、現行の障害児等療育支援事業などの各種相談事業とセットでサービスの幅を広げていくことを検討しなければならない。

#### ②支給決定

- ・対象児童を「障害児」としてあるが、「気になる子」は対象とはならないのか。
- ・「障害児」のみの場合、支給申請の際、発達障害児も含め医師の診断書等は必要とするのか。
- ・各種障害者手帳・障害児福祉手当・特別児童扶養手当などの該当者であれば診断書がなくとも支給の対象とするのか。

#### ③対象施設

- ・集団生活を営む施設等の対象施設は、保育所以外に幼稚園、学校や放課後デイサービス、学童保育、児童館の場にも適用となるのか。

#### ④対応職員

- ・対応職員について、職種・資格等の条件があるのか。
- ・条件の有無にもかかわらず、国あるいは都道府県レベルで専門性を高める研修を実施する必要がある。

#### ⑤支援内容・訪問支援の手順

- ・支給決定後の利用手続きについては、保護者が保育所等に利用の連絡並びに申請手続きを行うこととなると考えられるが、その後については、利用施設と保護者並びに保育所等と連絡を取り合いながら、相互の情報収集、訪問日時の調整などを行う。

#### ⑥現行の巡回相談事業との併用について

- ・個人給付であるため、保護者に費用負担が生じることになり、保育料との関係はどうなるのか。
- ・障害児等療育支援事業やそれぞれの自治体で実施されている巡回相談と併用する場合の関係の整理が

必要とされる。

⑦これまで通園施設が独自に行ってきた巡回相談や家庭訪問が今後も継続できる態勢を保障する。

⑧子ども達が集団生活へ適応できることのみに限定することなく、家庭や病院等において、日常生活へ適応することも支援範囲の対象とする。

### 3. 児童に特化した相談支援の在り方

#### (1) 障害児（者）地域療育等支援事業の理念

障害のある人達とその家族への施設の枠を越えた支援策としては、「在宅重度知的障害者訪問診査事業（1978年）」、「心身障害児（者）巡回療育相談等事業（1980年）」、「心身障害児（者）施設地域療育事業（1980年）」などが実施されてきた。これらの事業の実施は、施設機能のオープン化を図り、施設のあり方を「地域の中で生活を支援する」という観点から見直すきっかけとなった。しかし、これらの事業も『施設』を基盤とした在宅支援」という立場を崩すことはできず、施設中心主義から完全に脱却することは困難であった。受託した施設の多くが、施設の「余力」の範囲でのサービス提供にとどまり、地域の新しい社会資源を開拓し他施設や行政機関との連携の下で地域生活支援のプログラムを創出、提供していくという事業本来の目的を推進することはほとんどなかった。そのため多くの地域（施設）で、施設の中に障害のある人達を取り込んでしまう、事業の目的と全く相反する結果をもたらすことも少なくなかった。このような過去の制度的努力の歴史とその反省を踏まえて、「障害児（者）地域療育等支援事業（以下、『支援事業』）」は、1996（平成8）年度からスタートした「障害者プラン」の中心的な事業として登場した。「支援事業」は、障害児と知的障害者を対象とした生活支援事業として位置づけられており、身体障害者を対象にした「市町村障害者生活支援事業」、精神障害者を対象にした「精神障害者地域生活支援センター」とともに、柔軟な相談支援体制をより身近な地域で整備する目的をもった新しい時代の制度として期待されてきた。これらの事業は、2000（平成12）年6月の社会福祉事業法の改正に伴って「相談支援事業」として法制化されたが、2003（平成15）年に「精神障害者地域生活支援センター」以外の事業は一般財源化された。

「支援事業」がもつ特徴は以下の4点に集約される。

①事業を、人口30万人（概ね障害保健福祉圏域に一致）に2ヶ所の「療育等支援施設事業」と都道府県・指定都市に1ヶ所の「療育拠点施設事業」に分けて、都道府県レベルでの療育の重層化を図ったこと。

②広域市町村エリア（圏域）を活動範囲とするコーディネーターを受託施設に配置し（地域生活支援事業）、在宅の障害児（者）とその家族の支援ニーズを掘り起こし、受託施設だけでなく地域の社会資源も活用して具体的な援助の展開を企図したこと。

③在宅の障害児（者）への具体的なサービスを、「訪問（巡回）」「外来」「地域の施設への支援」というメニュー（以下、「療育3事業」）で展開し、その実績に対して「出来高払い」で支援施設が収入を得るといふ、従来の障害福祉制度にはみられなかった手法を導入したこと。

④支援施設の機能だけで対象者のニーズを満たせない場合には、「出来高払い」の収入などによって「再委託」や「専門職の雇い上げ」などの方法を用いて援助できるようにしたこと。

このような新しい理念と新しい手法をもった「支援事業」は、施設を基盤とする従来の制度の限界を超えて、障害のある人達やその家族の地域生活への具体的な支援を展開していくという、新しい「制度モデル」として期待されるものであった。

## (2) 療育等支援施設事業「療育3事業」から障害児等療育支援事業へ

現在の障害児等療育支援事業は、「支援事業」から「地域生活支援事業（コーディネーター事業）」が分離されたもので、療育3事業そのものである。既述したように、療育3事業とは、地域で暮らす児童とその家族を受託施設に受け入れて療育機能を提供する「在宅支援外来療育等指導事業」、受託施設職員スタッフが巡回や訪問という形で施設外において療育を提供できる「在宅支援訪問療育等指導事業」、さらに子どもたちが通う保育所・幼稚園・学校などを支援する「施設支援一般指導事業」の3事業を指す。それまで施設設備や機能を使って提供してきた療育と専門機能を地域に持ち出し、障害児の地域での育ちや障害者の地域生活を支援できる社会資源として重要である。しかし、さまざまな不安や問題を抱えて子育てを行う保護者や障害当事者が、療育3事業を含めた地域社会資源を有効に活用するためには、地域生活支援事業（コーディネーター事業）が必要であったにもかかわらず、障害者自立支援法の中で市町村事業としての障害者相談支援事業として分離されてしまった。

### 障害児等療育支援事業

【業務内容】：療育3事業（訪問療育、外来療育、施設支援）

【実施主体】：都道府県、政令市、中核市

【圏域】：障害保健福祉圏域

【対象児童】：集団に馴染みにくい子ども、気になる子ども、障害児

【職員】：児童発達支援センターの職員間のやり繰りで行う。

【運営費】：従前通りの単価設定

【課題】：今後の検討を要する項目】

- ①各都道府県で本事業に対する温度差がある。
- ②通園施設の委託施設が少ない。
- ③利用料金負担の整合性を図る。（無料と1割負担）
- ④利用期間の設定。

## (3) 新たな相談支援事業：障害児相談支援事業

以下に、障害児相談支援事業の在り方を提案する。

【業務内容】：障害児通所支援の種類ごとに、通所支給決定に必要な「障害児支援利用計画案」を作成する。（障害児支援利用援助／継続障害児支援利用援助）。

【配置】：広域連合市町村（障害保健福祉圏域）児童相談所や医療機関との綿密な連携を図る

【対象児童】：障害児

【職員】：障害児相談支援専門員 ← 発達支援専門員と兼ねることは出来ない。

【資格】：保育士等の有資格者で通園施設勤務期間を5年以上の者

【運営費】：事業委託費として、500～600万円 と利用計画作成費による後述する「サービス利用計画作成費」が十分に担保されるのであれば、事業委託費は、不要となる。

【課題】：今後の検討を要する項目】

- ①利用計画案作成は、指定一般相談支援事業にも委託可能。  
\*児童に特化した相談支援が指定一般相談支援事業者には担保できる体制にする。  
\*児童相談所や医師の関わりをこれまで以上に密になる連携体制の確保。
- ②手帳交付対象児と「通所給付決定」との関連性は？
- ③障害受容が困難な保護者には契約を前提とする利用は、ハードルが高い。
- ④「通所要否決定」は、どの機関が担うか？

- ⑤不服申請は、どのように担保する？
- ⑥自立支援協議会との関わりは？
- ⑦事業実施場所は？
- ⑧利用計画作成費は、自己負担。→ 初診診療的な仕組みでは、敬遠される？
- ⑨体制人数は？（申請期間に集中しませんか）
- ⑩利用計画作成に忙殺されませんか？
- ⑪集団に馴染みにくい子どもや気になる子どもへの療育支援の必要性の判断は何処がするか？
- ⑫通所支援の利用抑制に繋がらないような調整（検証）機能の構築
- ⑬市町村におけるソーシャルアクションプラン（児童から成人まで）の作成は、何時までに行うか？
- ⑭事業者の公平・中立性をどのように担保するか？

#### 4. これからの児童発達支援に向けて

##### （1）障害児支援の特殊性

###### ①発達期の支援である

成長発達過程にある障害児支援では、「育児支援、保育保障などの福祉的支援」と「リハビリテーションをはじめとする医療的支援」などの適切な提供によって、育つ環境の整備と精神・身体の発達を促すことが第一義的に求められる。そのため、地域における専門機能の開発・確保とそのコーディネートが必要である。

###### ②保護者・家族への支援が重要である

支援すべき対象は障害児本人とともに障害児を育てている保護者・家族である。障害がある故の育児困難や育児不安に寄り添って障害発見前後の混乱を支え、子どもの成長の基盤である家庭機能の維持を図ることが障害児支援の前提として不可欠である。

###### ③「障害確定・障害受容」以前から支援を開始する必要がある

医療機関や乳幼児健診後で発達の遅れなどを指摘されてから、リハビリテーションや障害児保育などの支援が提供されるまでに、保護者の障害理解が進まなかったり、専門機能の確保が困難であったりして相当の時間を要することが多い。とくに最近注目されている軽度発達障害児等では、障害の確定が困難で長い時間を「気になる子ども」として不安な日々を過ごすことが多い。しかし、より早い支援が彼らの成長・発達にとって重要であることは多くの専門家が指摘しているところである。障害児や気になる子どもへの支援は、障害の確定を待たず（各種手帳や受給者証なしに）、また保護者の障害理解への援助も含めて開始できるべきである。

###### ④「横」と「縦」を紡ぐ地域ネットワークの構築が必要

「（地域資源の）横の連携」が強調される成人期の支援に比べて、児童期の支援は「（幼児期－学齢期－成人期へとライフステージをつなぐ）縦の連携」も重要な課題になる。

わが国の障害福祉施策では、「幼児期は通園施設、児童期は学校、そして成人期は成人施設」というように年齢ごとに区分されており、幼児期からの支援が成人期の生活に繋がりにくいという問題がある。しかし、この移行期における支援の困難さこそ障害者の社会的自立を阻む大きな原因である。障害児に対する相談支援には、横の連携だけでなく、ライフステージを通じた縦の連携や移行期支援が求められる。

このように、障害児の相談支援は成人を対象にした相談支援とは違う「特殊性」をもっており、その実施に当たってはその点を勘案して取り組むことが必要である。

## (2) 児童相談所との関係を再構築する必要性

利用契約制度になるまでの通園施設に入園する児童は全て児童相談所による措置を受けることになっていたため、入園後の児童の状況は勿論のこと、施設の現況などについては十分な把握がなされていた。しかし、2003（平成15）年以降は、施設と児童相談所との関係はますます希薄となり、今日では、事務的な関係のみとなっている地域も多い。その結果、児童相談所から見た望ましい施設と施設から見た児童相談所の望ましい姿に大きなズレが生じているのではないかと懸念されている。

望ましい施設として考えられる点は、利用しやすく、専門性が高く、ニーズに合わせた個別的な支援が実施されている、常に支援の向上をめざしている、次のステージにスムーズに移行している、施設内だけで完結しない支援が保障されているなどがあげられる。

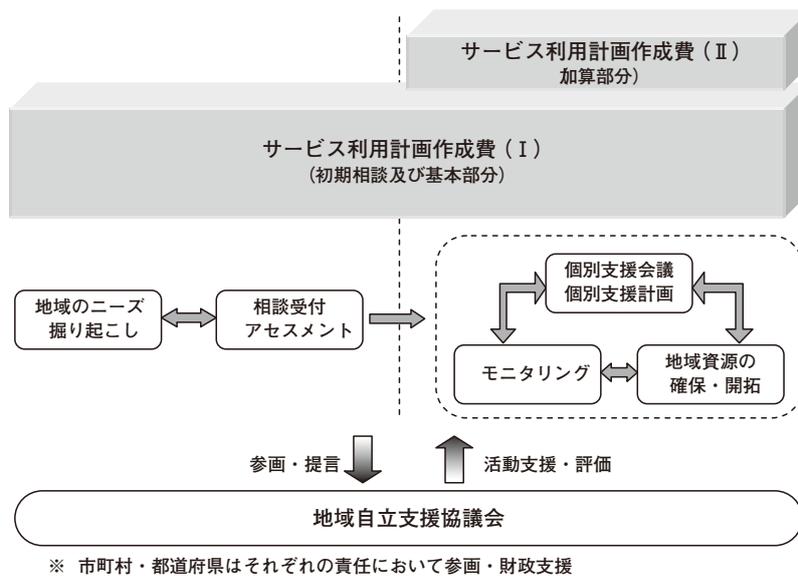
望ましい児童相談所として考えられる点には、多様な問題に対応する即応性と専門性の高さ、関係機関をネットワークし、市町村のバックアップ機能（地域支援機能）を保障するガイドラインを明確化することがあげられる。

これらのことを再構築することによって、障害児支援の基本エリアとなる広域的な地域（広域市町村：障害保健福祉圏域）における支援が可能となり、子ども達の最善の利益を保障し、すべての子ども達の発達支援に繋がる。

## (3) 障害児支援における個別支援計画（≒サービス利用計画）の作成と地域資源の活用

障害児への継続的な相談支援の在り方を考えれば、児童相談所との連携の下、障害児に対する福祉や医療などさまざまな支援機関をコーディネートしつつ継続して本人、保護者・家族を支援する「発達支援専門員」の新たな配置が、児童発達支援センターには不可欠である。

加えて、「障害児相談支援専門員」の人件費を賄える「障害児相談支援事業」に特化した「サービス利用計画作成費」が設定され、相談受付時点から支給される制度が必要である。下図に、障害児相談支援事業におけるサービス利用計画作成費のイメージを示す。まず、月平均20～30人程度の相談を標準として、相談の受け付けからアセスメント、個別支援計画の作成、地域資源の確保と提供などを一貫してコーディネートする障害児相談専門員の人件費及び管理事務費等を対象とした「サービス利用計画作成費（Ⅰ）」



障害児相談支援事業におけるサービス利用計画作成費（イメージ）

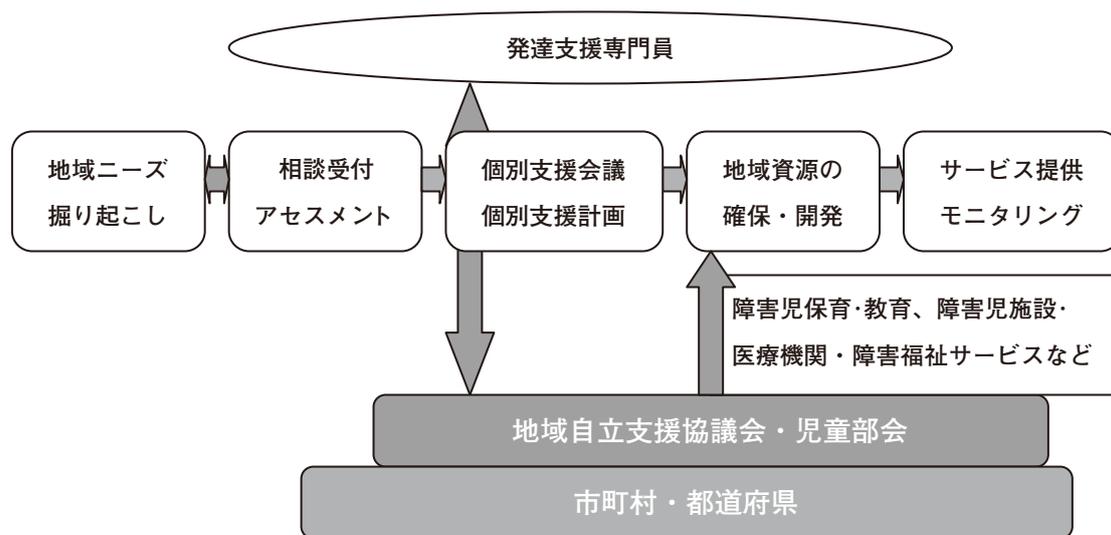
を設定し、当該費用だけで基本的な運営基盤を確保する。さらに、個別支援会議、モニタリング、資源確保のための活動やより専門的な連携等が必要な場合に、当該業務に対し支払われる「サービス利用計画作成費Ⅱ」が支給される仕組みである。

なお、これらの業務評価については地域自立支援協議会が行う。

#### (4) 地域自立支援協議会の活用

地域自立支援協議会は、市町村圏域で障害児・者に関わる機関が緊密なネットワークを形成し、新たな社会資源を創成し、障害者サービスの質を検証する今後の障害福祉のシステム作りの中核となるべき重要な機能である。加えて、市町村が設置するが、障害認定や支給決定権をもつ市町村とは独立して、障害福祉における「自治機能」を有するべき機関である。かつて、障害児（者）地域療育等支援事業には、同様の協議会である「連絡調整会議」の設置が求められていたが、設置率も低くかつ障害保健福祉圏域全体の障害福祉施策に影響を及ぼすものとなり得なかった。

今回の障害者自立支援法改正により、各市町村においては地域自立支援協議会の設置を義務づけられており、当該協議会の活動を実効性のあるものとしていくことで、地域における新しい障害福祉システムづくりが進むことが期待される。なお、前述したように障害児への相談支援の特殊性を鑑みれば、協議会に設置される専門部会の中に障害児への支援策を専門的に考えていく部会の発足が期待される（下図）。



障害児の相談支援事業の流れ

#### (5) 障害児相談支援の両輪として、障害児相談支援事業と障害児等療育支援事業を！！

児童福祉法の改正により、障害児相談支援事業が創設された。都市部に偏在する傾向がある今の障害児施設の機能を活用して、人口過疎で障害児支援機関の少ない地域にも、過不足のない障害児への医療的・福祉的支援を展開するためには、障害児相談支援事業を基盤とした、障害児等療育支援事業と保育所等訪問支援事業及び巡回支援専門員整備事業の併行活用が不可欠である。既存の障害児施設や医療機関、特別支援学校などだけでなく、さまざまな事業が持つ専門的機能を保育所や家庭に提供するシステムが必要である。この機能は、一義的には広域的な市町村（障害保健福祉圏域）で整備されるべきであるが、圏域で確保できない専門性については都道府県域で確保されなければならない。その調整は「障害児相

談支援事業」に配置が期待される障害児相談支援専門員が実施し、専門機能を提供した施設や事業所に対する報酬は、都道府県・政令市・中核市の責任の下、障害児については、個別給付で保障されるとともに、気になる子供等については、「障害児等療育支援事業」で担保されることが必要である。

## 5. おわりに

障害児通園施設（事業）は、在宅障害児支援のスタート地点であり、障害のある子どもたちの多くが通過する施設であり、障害児が地域社会で育つ援助のために必要不可欠な社会資源である。

宮田は、『地域における障害児の重層的支援システムの構築と障害児通園施設のあり方に関する研究』の報告書の中で、「これまで福祉や特殊教育の対象とならなかった高機能自閉症、AD/HD、LD、境界域精神遅滞などの『軽度発達障害児』への支援が大きな課題となり、医療、福祉、教育、労働などの多くの領域で新しいシステムの構築が必要になってきている」と障害児福祉における体制の見直しの必要性を指摘している。

さらに、多くの障害児通園施設において本来の施設種別と異なる障害への対応事例が増加している。たとえば、知的障害児通園施設における運動障害をもつ子どもへの支援、肢体不自由児通園施設や難聴幼児通園施設の契約の対象とならない自閉症や多動児などの発達障害児への支援などが求められるようになってきている状況がある。障害児施設の一元化に際して、診療機能を持つ医療型児童発達支援センターはその機能を存分に発揮するとともに、医療型でない児童発達支援センターも医療機関との密な連携を強めて、さまざまな障害のある子どもに対する多様な受け入れ態勢を用意することが必要であろう。

障害児は「障害のある子ども」である。子どもであるからこそ、育児支援や少子化対策などの施策の恩恵を受ける権利があり、国や地方行政は子育て支援を基盤にして、将来を見据えた継続的な障害児支援策を提供する責務がある。

障害の有無に関わらず、子どもと保護者は育児支援や家族支援などの多面的な支援をライフステージに応じて提供される権利がある。加えて、障害のある子どもの場合には、療育や様々な支援、ネットワークづくりなどをその都度、個々に構築する必要がある。

しかし、障害者自立支援法への移行に伴って導入された「障害児施設給付費」や「障害児施設医療費」を見ると、障害児を「障害施策」の中へ引き入れるために「子育て支援施策」から引き離してしまった感がある。例えば、子育て支援策としての乳幼児医療費助成制度が障害児施設に入園すると使えなくなるなどの矛盾である。

障害のある子ども達への支援は、児童福祉法か障害者自立支援法かの選択ではない。子どもとして児童福祉法によって支援された上に、障害児として障害福祉施策に支援されるべきである。

契約制度は、質の高いサービスを提供する努力のきっかけとなったが、1割の自己負担、さらには食費の実費負担は、家計に打撃を与え、必要な療育の回数の制限されている場合もある。発達支援を受けるか否かの判断が本人のニーズではなく、保護者が経済的理由により決断しなければならないことが問題である。

今後の制度設計に期待したい。

## 【引用文献・参考文献】

1. 全国知的障害児通園施設実態調査報告（財団法人 日本知的障害者福祉協会）
2. 精神薄弱幼児療育の手引き（財団法人 日本知的障害者福祉協会）
3. 平成18年度・障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）  
障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究

4. 平成19年度・厚生労働省障害者保健福祉推進事業

障害児等療育支援事業と関連させた障害児に対する相談支援事業の展開方法についての調査・研究

5. 平成20年度・障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

地域における障害児の重層的支援システムの構築と障害児通園施設のあり方に関する研究